





OBSERVATIONS

D'ACCOUCHEMENS,

RECUEILLIES A LA SALLE DES ACCOUCHÉES DE L'HÔPITAL CIVIL DE STRASBOURG;

Par Jean-Frédéric LOBSTEIN,

Docteur en Médecine, Chef des Travaux anatomiques à la Faculté de Médecine, et Médecin-Accoucheur en chef de l'Hôpital civil de Strasbourg.

Dans le cours de près de onze années, savoir, depuis le 22 mars 1804 jusqu'au 31 décembre 1814, il a été admis à la salle des accouchées de l'hôpital civil, 1098 femmes, dont 712 enceintes, et 386 accouchées.

Pendant le même espace de temps, il y a eu 630 accouchemens à terme, 67 accouchemens prématurés, 16 avortemens, et une naissance tardive arrivée vingt jours après la fin du neuvième mois, et où l'enfant est venu au monde avec six dents incisives. Une seule femme a accouché d'une mole vésiculeuse au quatrième mois de sa grossesse; 693 femmes ont accouché d'un seul enfant, et 19 de jumeaux.

De 712 accouchemens qui ont eu lieu en tout, 662 se sont terminés par les seules forces de la nature. Dans 634, l'enfant est venu par le sommet de la tête, dans 8 par la face, dans 10 par les pieds, et dans 10 autres par le siège.



Aucun n'avait présenté les genoux à l'orifice de la matrice.

De 310 accouchemens naturels et sur lesquels on a rigoureusement observé les rapports de la tête avec le bassin, on a trouvé que dans 208 l'occiput était tourné vers la cavité cotyloïde gauche, dans 73 vers la cavité cotyloïde droite, dans 4 vers la symphyse du pubis, dans 12 vers la symphyse ilio-sacrée droite, dans 9 vers la symphyse ilio-sacrée gauche, et dans 1 vers la saillie du sacrum. Dans deux accouchemens, l'occiput était dirigé vers l'iléon droit, et dans un vers le gauche.

Quarante-neuf accouchemens ont été terminés par les secours de l'art : savoir, 23 par la version, 20 par le forceps, 3 par l'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère, 1 par l'opération césarienne vaginale, et 2 par la perforation du crâne et l'application des crochets sur la tête du fœtus.

Des 1098 accouchées, il en est mort 61 ; savoir, 18 de fièvres nerveuses, 11 de péritonite puerpérale, 2 de pleurésie maligne, 5 de fièvre pétéchiale, 3 d'apoplexie, 3 dans les accès épileptiques, 1 d'asthme suffocatif, 2 d'hydropisie ascite, 1 d'empyème, 3 de phthisie pulmonaire, 1 de maladie vénérienne, 2 de diarrhée colliquative, 3 d'inflammation blanche des extrémités inférieures (*phlegmasia alba dolens puerperarum*), et 2 d'épuisement à la suite d'un travail long et laborieux. La plupart de ces maladies étant étrangères à l'accouchement, il n'y a eu, à proprement parler, que 16 femmes qui ont succombé à des suites de couches : savoir, celles qui sont mortes de péritonite puerpé-

rale et d'inflammation blanche dans les extrémités inférieures, et celles qui ont péri à la suite d'un long travail. La table ajoutée à la fin de ce mémoire indique les autres maladies, dont non-seulement les femmes, mais aussi les enfans, ont été atteints.

De 715 naissances, il y a eu 640 enfans vivans, et 75 de morts-nés. Le nombre des garçons était de 391, et celui des filles de 324. 296 enfans, venus du dehors, ont été soignés à l'hôpital. Ces enfans, ajoutés à ceux nés dans l'hospice, font un nombre de 1011. Il en est mort 181, la plupart dans les premières six semaines de leur naissance, d'autres dans un âge plus avancé: savoir, 6 de trismus, 42 de convulsions, 1 de fièvre nerveuse, 6 d'asthme suffocatif, 2 d'aphtes, 4 de maladie bleue, 5 de vomissemens, 24 de diarrhée colliquative, 14 du carreau, 23 d'atrophie, 1 d'ictère, 2 de petite-vérole, 6 de maladie vénérienne, 10 d'endurcissement du tissu cellulaire, 13 inopinément et sans cause apparente et connue, et 21 de faiblesse dans les premières vingt-quatre heures de leur naissance. La plupart de ces derniers étaient des enfans venus avant terme.

De tous les enfans nés à l'hôpital, aucun n'a offert de monstruosité ou de difformité frappante. Un seul fœtus est venu avec une hépatomphalocèle congénitale; et deux présentaient la difformité des parties génitales connue sous le nom d'*hypospadias*.

Jaloux de rendre compte de ma gestion aux administrations qui ont bien voulu me confier le sort d'une partie des femmes et des enfans reçus à l'hôpital, je me suis empressé de leur offrir le tableau des accouchemens et des mala-

dies des enfans qui se sont présentés dans ma salle (1). Cependant, comme les observations de pratique et les réflexions qu'elles m'ont fait naître ne doivent point entrer dans ce tableau, j'ai cru pouvoir les recueillir, leur ajouter les principaux faits que m'a fourni ma pratique civile, et qui leur sont analogues, et en faire part au public. Dans ce travail, qui n'embrassera encore que ce qui est relatif aux accouchemens, je n'ai d'autre but que celui d'offrir aux accoucheurs quelques observations dont je garantis l'exactitude, et qui ne me paraissent pas entièrement dénuées d'intérêt. Je ne cacherai pas les fautes que j'ai commises, ni les erreurs dans lesquelles je suis tombé; mais j'exposerai avec candeur la conduite que j'ai tenue dans des cas fort épineux, et je la soumets au jugement des hommes de l'art qui se sont trouvés dans des circonstances analogues.

Mais avant d'entrer en matière, je crois devoir donner une petite notice topographique des salles d'accouchemens où la plupart de ces observations ont été recueillies.

Ces salles sont au nombre de deux. La première, contenant 27 lits, percée de cinq croisées de chaque côté, est destinée à recevoir les femmes enceintes et les accouchées pendant les neuf premiers jours de leurs couches. Elle est située à l'extrémité orientale du second étage du grand corps de bâtiment de l'hôpital; par son côté septentrional, elle fait face à la ville, et par le méridional à la campagne. N'é-

(1) C'est le même tableau qui est annexé à ce mémoire.

tant dominée par aucun édifice environnant, il circule constamment autour d'elle un air frais, même dans les chaleurs brûlantes de l'été, et qui dissipe les vapeurs nuisibles qui s'élèvent d'un fossé rempli quelquefois d'eau stagnante, et qui est situé entre l'hospice et le rempart.

L'autre salle, beaucoup plus petite, ne renfermant que dix lits, et servant à recevoir les femmes après les neuf premiers jours de leurs couches, est adossée au grand bâtiment, et fait face à l'Observatoire. Cette salle est peut-être moins saine que la précédente, si l'on a égard à la proximité de la chambre des morts, des amphithéâtres d'anatomie, et du fossé dont je viens de parler. Cette pièce d'ailleurs n'a de jour que d'un côté, ce qui ne permet pas d'établir un courant d'air pour renouveler son atmosphère. Cependant ces inconvéniens se trouvaient beaucoup diminués, 1.° par l'élévation de ce local, qui, formant l'étage supérieur d'un pavillon presque isolé, est alternativement battu par les vents d'est, du sud et d'ouest; 2.° par deux ventilateurs pratiqués au plafond, et qui établissent la circulation de l'air au défaut de croisées dans le mur occidental de la salle.

Outre les deux pièces dont je viens de parler, il existe encore un appartement attenant à la grande salle, et qui, par une cloison, est séparé en deux compartimens communiquant ensemble, et dont le premier est destiné aux conférences, tandis que l'autre constitue la chambre de travail; c'est-à-dire, celle où se font les accouchemens.

Quiconque connaît les localités de l'hôpital civil de Strasbourg, conviendra que les salles

des accouchées sont des mieux exposées et des plus salubres, et qu'elles sont très bien distribuées, tant pour servir d'asyle aux femmes et aux enfans, que pour servir de lieu d'instruction pour les élèves de l'un et de l'autre sexe. Aussi cet établissement a-t-il joui d'une grande réputation, tant par la célébrité des accoucheurs qui y ont été employés, que par les bons élèves qui y ont été formés; et la circonstance d'avoir été la première Ecole clinique d'accouchemens fondée en Europe, mérite, ce me semble, une mention particulière dans les fastes de la science.

Circonstances qui rendent difficile le diagnostic de la tête du fœtus.

La position de la tête du fœtus pendant l'accouchement, se reconnaît par les rapports qu'ont les sutures et les fontanelles avec les détroits et l'excavation du bassin. On sait que lorsque la tête de l'enfant est tellement située dans le diamètre oblique du détroit supérieur, que la petite fontanelle correspond à la cavité cotyloïde gauche, et le front à la symphyse ilio-sacrée droite, cette position est réputée la plus fréquente et la meilleure possible pour l'accouchement naturel.

Cette position cependant n'a pas été reconnue de tout temps pour la plus ordinaire. *Smellie* pensait que dans les accouchemens les plus naturels, la tête se présentait de manière à ce que son grand diamètre fût parallèle au transversal du détroit supérieur. *Levret* et *Stein*, au contraire, soutenaient que ce même diamètre était toujours dans la direction de

l'antéro-postérieur. *Saxtorph* (1) a enseigné le premier que la tête se trouvait placée dans tous les cas naturels, dans un des diamètres obliques, et c'est là l'opinion de tous les accoucheurs actuels.

S'il y a une diversité de sentimens parmi les auteurs les plus renommés, pour assigner la véritable position de la tête, dans les cas où les sutures et les fontanelles sont bien distinctes, combien ne sera-t-il pas plus difficile de déterminer la situation de cette partie, lorsque les signes qui doivent guider l'accoucheur sont trompeurs, qu'ils manquent ou qu'ils sont difficiles à saisir ?

Plusieurs circonstances peuvent rendre ce diagnostic extrêmement embarrassant. Il existe des cas où le crâne offre des os wormiens considérables, et où les os qui le composent sont divisés en plusieurs autres plus petits, par des sutures qui ne se rencontrent pas ordinairement. J'ai déja parlé ailleurs d'une tête de fœtus qui avait une pareille suture surnuméraire à l'os occipital (2) ; et on voit, au cabinet de la Faculté de Médecine, une tête sur laquelle une suture partage le pariétal gauche en deux moitiés, une antérieure et une postérieure. D'autres fois il se trouve entre les os du crâne des espaces membraneux plus ou moins larges, et qui en imposent pour une grande fontanelle. Plusieurs de ces exemples se sont offerts à moi

---

(1) Collect. Societ. Med., *Hafn.*, vol. 2, p. 270. — *Kleine Schriften*, p. 251.

(2) Rapports sur les travaux exécutés à l'amphithéâtre d'anatomie de Strasbourg ; 1815. *in*-4.°, p. 7.

dans ma pratique. On rencontre quelquefois aussi des tumeurs contre-nature, soit entre les sutures ainsi écartées, soit sur les os mêmes. J'ai vu une tumeur sarcomateuse, du volume d'un abricot, placée non loin de l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit. La dissection que je fis de cette tumeur, à la mort de l'enfant arrivée le huitième jour après sa naissance, faisait voir qu'elle était formée par une excroissance de la dure-mère qui s'était fait jour par un trou dont était percé le crâne. Le cerveau et les autres membranes qui correspondaient à cette ouverture, n'avaient éprouvé aucune altération.

Mais de toutes les dispositions irrégulières et contre-nature de la tête, aucune n'est plus capable d'induire en erreur l'accoucheur que la tuméfaction du cuir chevelu, qui, en lui cachant entièrement les sutures et les fontanelles, lui fait prendre cette tête pour une toute autre partie de l'enfant. Rien de plus commun que ces tuméfactions résultantes d'un long arrêt de la tête dans le bassin, et d'un étranglement de la part de l'orifice utérin. Mais ce qui est plus rare, c'est l'engorgement de la peau du crâne sur des têtes encore libres au-dessus du détroit supérieur. Dans des cas où il m'était permis d'introduire plusieurs doigts dans la matrice, et de les porter assez loin entre la tête et les parois de cet organe, j'ai observé que cet engorgement s'étendait sur tout le crâne, qu'il formait une tumeur dure, résistante, mais quelquefois aussi pâteuse, et qu'il m'était impossible, non-seulement de reconnaître les sutures et les fontanelles, mais même de toucher distinctement les os. Ayant

eu occasion de disséquer des têtes attaquées d'une semblable tuméfaction, j'ai reconnu que la maladie dépendait d'une humeur muqueuse, épaisse, jaunâtre, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-aponévrotique, et tellement visqueuse, qu'elle ne s'écoulait point des cellules ouvertes par le scalpel, et que la peau tuméfiée ne s'affaissait nullement après que ces cellules eurent été incisées. J'ai observé, de plus, que la graisse dont était chargé le tissu cellulaire, était plus dure, plus ferme, plus compacte, plus granuleuse, et semblable, en quelque sorte, quant à son aspect, aux grains qui composent les glandes salivaires. Je ne puis mieux comparer l'état du cuir chevelu de ces têtes, qu'à la peau des enfans qui, après leur naissance, sont attaqués d'endurcissement du tissu cellulaire : même aspect, même dureté, même infiltration de fluide séroso-muqueux dans le tissu cellulaire, même état squirrheux de la graisse. Cette maladie diffère donc essentiellement des intumescences ordinaires qui sont le résultat d'une compression de la tête à son passage par le bassin, attendu que, dans ces dernières, le fluide stagnant est toujours du sang qui peut être infiltré dans le tissu cellulaire, ou épanché dans une poche formée par la rupture des cellules. Lorsqu'à une autre occasion, je traiterai des maladies des enfans nouveaux-nés, je reviendrai sur l'espèce particulière de tuméfaction du cuir chevelu que je viens de décrire, et je prouverai que c'est une sorte d'endurcissement du tissu cellulaire qui, n'ayant été reconnue jusqu'à présent que sur les extrémités supérieures et inférieures, à la joue et au pu-

bis des enfans, existe déja dans le fœtus quelque temps avant sa naissance. Il me suffit pour le moment d'avoir démontré que cette tuméfaction rend le diagnostic extrêmement difficile, et fait prendre quelquefois la tête pour les fesses de l'enfant. D'autres fois aussi elle en impose par la face, dans les cas sur tout où cette dernière est fortement étranglée par l'orifice de la matrice.

Accouchemens dans lesquels l'enfant se présente par la face.

Il n'y a pas très-long-temps que les positions dans lesquelles la face de l'enfant se présente au détroit supérieur, sont abandonnées aux seuls efforts de la nature. Beaucoup d'accoucheurs, et sur tout de sage-femmes, sont encore imbus du mauvais principe d'après lequel cette position exige constamment la version du fœtus sur les pieds, et je connais un cas où, pour avoir été malheureusement trop fidèle à ce précepte, la mère et l'enfant en ont été les victimes.

Levret recommandait, dans le cas où la face se présentait la première, d'ouvrir de bonne heure la poche des eaux, et d'aller chercher les pieds de l'enfant, tant cette position leur inspirait de crainte. *Baudelocque* (1), en se plaignant de la contradiction qui existe dans les préceptes des auteurs, sur les accouchemens par la face, et en avouant que dans beaucoup de cas les femmes se sont délivrées seules, compte pourtant cette position parmi

(1) Art des Accouchemens, tome 2, §. 1313.

celles qui sont contre-nature, et qui exigent par elles-mêmes les secours de l'art. *Baudelocque* s'exprime encore plus clairement au §. 1333, où il dit : « Les accouchemens où la » face se présente, doivent passer pour contre- » nature, indépendamment des accidens qui » peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé » de la manière la plus avantageuse » ; et dans le chapitre suivant, il ajoute : « Les obstacles » qui s'opposent le plus fortement à ces sortes » d'accouchemens, la difficulté que les femmes » éprouvent à se délivrer seules, même dans » les circonstances les plus favorables, ainsi » que le danger qui menace alors l'enfant, » semblent inviter dans tous les cas à venir au » secours de l'un ou de l'autre. »

Le professeur *Boër*, de Vienne, est le premier qui ait renversé cette doctrine, et qui ait publiquement enseigné (1) que dans tous les cas les accouchemens par la face devaient être abandonnés aux forces de la nature. A son exemple, je suis demeuré tranquille spectateur toutes les fois que la face s'est présentée, et que le travail n'était pas compliqué d'accidens, et j'ai vu naître les enfans naturellement et avec facilité, quoique tout semblât présager une fâcheuse issue. C'est ainsi qu'une femme petite et bossue, ayant un bassin irrégulièrement conformé, et ayant eu à l'hôpital un accouchement long et laborieux, quoique la tête fût bien placée, venait accoucher pour la seconde fois, et dans des circonstances

(1) L. J. Boër, *Abhandl. und Versuch. Geburts. hülf. Innh.* 1 *Bd.* 3 *Th.*, pag. 27.

en apparence plus défavorables, attendu que la face se présentait dans le diamètre transversal au détroit supérieur. Je m'attendis ici à un accouchement non-naturel, mais je me trompais, car cette femme accoucha plus facilement que la première fois, et mit au monde un enfant à terme qui ne le cédait au premier ni en volume ni en poids. Dans deux autres cas où le travail de l'enfantement commençait à languir, j'ai réussi à le ranimer par l'emploi du borax, et à terminer l'accouchement sans le secours de la main ou de l'instrument.

Utilité et vertu du Borax.

En nommant le borax (borate de soude), je ne puis m'empêcher de rapporter les observations que j'ai faites à son sujet, et qui toutes semblent prouver l'efficacité d'un remède qui, ayant joui anciennement d'une grande réputation (1), était tombé en désuétude jusqu'à ce que, dans ces derniers temps, il ait été tiré de l'oubli, et recommandé de nouveau dans le Journal de Médecine-Pratique de *Hufeland* (2).

1. *Eve Waegel*, âgée de vingt-huit ans, se trouvant au terme de sa première grossesse, perdit les eaux sans douleurs, trois jours avant le commencement du travail. On sait que la rupture prématurée des membranes occasionne toujours un travail faible et languissant. Il en

1) Læsecké, *Materia Medica*, 4.te *Auflage von Zückert*, pag. 95, 389. — Gren, *Handb. der Pharmacol.*, 2 *Th.*, p. 188.

(2) *Journal der Prakt. Arzneyk.*, 21 *Bd.*, 1 *St.*, pag. 69, 24 *Bd.*, 4 *St.*, pag. 91.

fut de même dans ce cas-ci : l'orifice utérin resta dilaté pendant un jour entier, comme une pièce de trente sous. Pour ranimer les contractions, je donnai le soir quelques prises de borate de soude avec la poudre de réglisse. Les douleurs en devinrent plus fortes et plus rapprochées; l'orifice s'ouvrit davantage, et permit aux pieds de s'y engager (c'étaient eux qui se présentaient à l'orifice). En les saisissant et en tirant dessus, j'achevai l'accouchement, quoique j'eusse trouvé beaucoup d'obstacles au dégagement des épaules et à l'extraction de la tête. J'amenai un enfant mâle et à terme, mais mort probablement pendant le travail ou par les manœuvres de la version.

2. *Catherine Conrad*, âgée de dix-huit ans, et enceinte pour la seconde fois, ressentit au commencement du travail d'enfant, de fausses douleurs qui n'agirent point sur la matrice, et qui, conséquemment, n'opérèrent aucune dilatation de son orifice. Les lèvres de ce dernier se trouvaient en même temps dures et spasmodiquement tendues. Je fis prendre le borax à la dose de huit grains par heure, et je fis frotter les bords de l'orifice utérin avec un onguent dans lequel il entrait de l'opium. J'eus la satisfaction de voir dans trois heures de temps, les vraies douleurs se déclarer, l'orifice se dilater, et la femme accoucher d'un enfant vivant et à terme.

Ces deux accouchemens ont eu lieu à l'hôpital, dans le courant du mois de janvier 1809.

3. Le 27 septembre de la même année, je fus appelé en ville pour secourir une femme en travail âgée de 24 ans, et qui se trouvait enceinte pour la première fois. Les douleurs

avaient déja duré trois heures, et la dilatation de l'orifice n'égalait encore en étendue qu'une pièce de trois livres. Les membranes étaient déja rompues. Je reconnus bientôt, en touchant, que l'enfant se présentait par la face, et que cette partie se trouvait dans le diamètre transversal du détroit supérieur, le front tourné vers l'iléon droit, et le menton vers le gauche. Cette femme n'étant pas encore épuisée par la douleur, aucun accident ne compliquant le travail, la face étant encore mobile au-dessus du détroit supérieur, je ne trouvai aucune indication pour l'accouchement artificiel. Je me bornai en conséquence à prescrire le borax, dans la vue d'activer le travail languissant. Cette personne ayant pris trois poudres composées chacune de sept grains de borax et d'autant de sucre, accoucha au bout de trois heures d'un enfant femelle vivant et bien constitué.

4. Le 11 décembre de la même année, *Elisabeth Wissler*, femme d'un cordonnier, se trouvant enceinte pour la troisième fois, ayant eu la première fois un accouchement très-long, et ayant été accouchée la seconde fois par le moyen du forceps, se trouvait dans les douleurs depuis quatre jours. Après avoir pris d'heure en heure une poudre composée de sept grains de borax, cette femme mit au monde, après la troisième prise du remède, un enfant mâle vivant et bien portant.

5. Le 29 avril 1810, je fus demandé pour accoucher *Elisabeth Duverney*, âgée de vingt-quatre ans, femme d'un gendarme logé à la citadelle, et se trouvant enceinte de son second enfant. Cette femme avait été attaquée

d'une fièvre quotidienne qui, après avoir duré cinq semaines, la quitta dix jours avant l'accouchement. Les douleurs se manifestèrent le 26 avril, et durèrent jusqu'au 28 au soir, où l'orifice commença à se dilater; les membranes se rompirent dans la nuit. Arrivé le lendemain à cinq heures du matin, je trouvai l'orifice utérin de la grandeur d'un écu de trois livres, mais ayant les bords minces et souples. La tête du fœtus était encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Quoique cette femme fût fatiguée par un travail de trois jours, elle ne se trouvait pas encore affaiblie, et n'était d'ailleurs menacée d'aucun accident fâcheux. Ne trouvant, par conséquent, aucune indication pour l'accouchement forcé, je me contentai de prescrire cinq grains de borax avec autant de sucre, à prendre de demi-heure en demi-heure. Après avoir pris deux fois le remède, cette femme éprouva des douleurs plus fortes et plus rapprochées, et accoucha d'un enfant femelle vivant et bien constitué, et qui avait le cordon ombilical passé autour du cou.

6. Le 12 mai 1810, je fus appelé à l'hôpital pour porter des secours à *Marguerite Tacquet*, née *Tizes*, enceinte pour la quatrième fois, et se trouvant dans les maux depuis vingt-deux heures. Quoique les douleurs eussent été assez intenses dans le principe, elles s'étaient ralenties dans la journée du 12 pour reprendre un peu d'énergie vers le soir. La poche des eaux se tendit à chaque contraction, mais l'orifice utérin demeura constamment dilaté comme une pièce de trois francs, et conserva un certain degré de roideur et de tension. Cette femme ne m'offrant aucune in-

dication, ni pour la saignée, ni pour la méthode excitante, je résolus de lui administrer le borax. Elle prit ce remède par quatre grains, de demi-heure en demi-heure. A la première dose, elle fut prise de vomissement, après lequel elle dormit un peu. A son réveil, on lui fit prendre une seconde poudre, et on continua jusqu'à la septième. Les douleurs devinrent plus fortes, l'orifice s'ouvrit davantage, on perça les membranes, et l'accouchement eut lieu à trois heures du matin.

On pourrait m'objecter, dans ce cas-ci, que les secousses du vomissement avaient ranimé le travail, comme on l'observe dans quelques circonstances. Mais pourquoi l'accouchement ne s'ensuivit-il pas aussitôt? pourquoi eut-on besoin d'administrer encore six doses du remède?

A ces observations, j'en pourrais ajouter deux autres dans l'une desquelles l'enfant s'était encore présenté par la face; mais comme elles donnent le même résultat que les précédentes, je crois pouvoir les passer sous silence.

Plusieurs sage-femmes expérimentées de cette ville, témoins des bons effets du borax dans les cas ci dessus désignés, s'en sont servies depuis dans leur pratique, et m'ont assuré en avoir souvent constaté l'efficacité.

Il paraît donc d'après ces faits, et ceux qu'ont rapportés les auteurs, que le borax exerce réellement quelque action sur le système utérin, qu'il réveille la force vitale de la matrice, et qu'il fait reparaître les contractions qui avaient cessé lors du travail de l'enfantement. Il est possible que le toucher, auquel je soumis ces femmes, ait pu contribuer à ce phénomène,

mais il n'est pas moins vrai que le borax y a eu la plus grande part.

Effets d'une irritation mécanique exercée sur la matrice.

En attendant, il est assez connu que le toucher, exercé fréquemment, fait reparaître des contractions qui avaient déja entièrement cessé, ou les ranime lorsqu'elles étaient devenues languissantes. J'ai été appelé pour voir une femme dont le travail s'était affaibli, soit parce que la force contractile de l'utérus semblait être épuisée, soit parce que la progression de la tête était gênée par la présence de la main placée entre elle et la saillie du sacrum. Voulant reconnaître la véritable position de la tête sur laquelle les sentimens étaient partagés, et voulant arriver pour cela aux deux fontanelles, j'introduisis mes doigts bien avant dans la matrice; mais au même instant j'excitai des contractions tellement violentes, que la tête du fœtus, d'immobile qu'elle était depuis quelques heures, descendit promptement dans le détroit supérieur, et traversa comme d'un trait l'excavation du bassin.

Ce qu'opèrent les doigts de l'accoucheur, les instrumens le font souvent de même. Etant un jour sur le point de terminer un accouchement par le forceps, dont l'application était indiquée par une chute du cordon ombilical : à peine avais-je introduit les deux branches de l'instrument, que les contractions qui avaient déja cessé reparurent avec une nouvelle force, et poussèrent la tête par l'excavation du bassin et le détroit inférieur, avec une rapidité telle,

que je n'eus pas le temps de dégager les branches de l'instrument qui n'avaient pas encore été croisées et réunies.

J'attribue à cette irritation exercée sur la matrice avec un instrument, une grande partie de l'étonnant succès qu'ont obtenu les partisans du levier. Certes, ce n'est point par son action mécanique qu'on a pu terminer les accouchemens laborieux; mais c'est le plus souvent comme corps étranger exerçant une irritation sur les parois sensibles de l'utérus, qu'il est devenu utile.

Un des plus ardens défenseurs du levier (*Herbiniaux*), avoue lui-même que l'action de cet instrument triplait les forces expultrices de la matrice. *Baudelocque* (1) ne considère également le levier que comme un moyen d'agacer l'utérus, et de l'exciter à se contracter avec plus d'énergie, comme on l'agace quelquefois du bout des doigts portés sur son orifice.

Que la matrice soit sollicitée à se contracter par la main ou par les instrumens, il n'y a là rien qui ne soit conforme aux lois de la nature; mais que le vagin soit susceptible des mêmes contractions, voilà ce qui est plus rare, et ce qui pourtant a été vérifié plusieurs fois.

Je me suis assuré de ce fait pour la première fois en touchant une femme pendant l'accouchement. Mes doigts introduits dans le vagin, bien au-dessus du muscle constricteur de ce canal, s'y trouvèrent assez fortement serrés. J'ai observé une seconde fois cette contraction

---

(1) Art des Accouch., §. 1665, édit. 1789.

du vagin, mais à un degré beaucoup plus fort, dans un cas où trois accoucheurs avaient tenté pendant deux heures les manœuvres de la version sur une femme dont le fœtus avait les deux bras et le cordon ombilical engagés dans l'orifice utérin. Sur la fin de l'opération, nous éprouvâmes, pour porter la main dans le vagin, la même difficulté que l'on rencontre lorsqu'on veut l'introduire dans la matrice à travers un orifice peu dilaté. Il paraît que, dans ce cas, l'irritation long-temps entretenue sur les parois du vagin, par l'introduction fréquemment répétée de la main, excite tellement les propriétés vitales de cette partie, qu'elle donne des preuves d'une contractilité très-prononcée, peu différente de celle des muscles, quoique cette irritation ne soit pas en état de développer en elle des fibres musculaires qui n'existaient pas auparavant. Cette observation me confirme dans l'opinion que j'ai manifestée dans un autre temps, au sujet de l'organisation de la matrice dans l'espèce humaine (1); savoir, qu'un travail en quelque sorte inflammatoire peut exalter les propriétés vitales d'un organe de structure fibreuse, et lui faire acquérir une force de contraction dont il ne jouissait pas dans les cas ordinaires.

---

(1) Fragment d'Anatomie physiologique sur l'organisation de la matrice dans l'espèce humaine. Magasin Encyclopédique, année 9, t. 1, p. 350.

Généralités sur la version et l'application du Forceps.

C'est, au reste, dans les versions difficiles que se manifeste le plus souvent cette disposition du vagin dont je viens de parler. De soixante-six que j'ai faites jusqu'actuellement, je n'en ai pourtant rencontré que huit qui aient été difficiles, et dans lesquelles les parois du vagin se soient enflammées par l'introduction répétée de la main dans la matrice. Les autres ont été terminées avec plus ou moins de facilité, et dans ce nombre j'ai amené quarante-un enfans vivans et vingt-cinq enfans morts, dont dix-huit périrent pendant l'opération, tandis que les autres étaient déja morts dans la matrice. Cette proportion des enfans amenés vivans, comparativement aux morts, si satisfaisante au premier coup-d'œil, le devient moins par la raison que parmi ceux amenés vivans, il y en avait neuf jumeaux, et sept du huitième mois de la grossesse, qui tous, plus petits que des enfans à terme et vivans seuls dans la matrice, passent avec plus de facilité par les détroits du bassin.

De vingt accouchemens terminés à l'hôpital par le forceps, douze enfans ont été amenés vivans; quatre étaient déja morts avant l'accouchement, et se trouvaient même dans un état de putréfaction commençante. Dans quatre cas, les fœtus ont péri par l'opération même, comme le prouvaient les déchiremens des tégumens et l'écrasement des os du crâne; c'étaient des cas où le diamètre antéro-postérieur n'avait guères plus de trois pouces d'étendue.

Dans ma pratique civile, j'ai employé le forceps cinquante-neuf fois. Trente-quatre enfans ont été amenés vivans, les autres étaient morts, et la plupart l'étaient déja avant l'opération. Cette différence de résultats entre la pratique civile et celle de l'hôpital, me paraît dépendre de ce que, dans la première, les accoucheurs sont appelés trop tard, et lorsque la tête du fœtus se trouve depuis long-temps arrêtée dans le bassin ; tandis que dans les hôpitaux, le médecin, témoin de la marche du travail, se décide plus tôt, et au moment opportun, pour l'emploi des instrumens.

Quant à la manière de l'appliquer, j'ai souvent suivi celle de *Saxtorph* et de *Weidmann*, parce qu'elle est plus facile et plus expéditive, quoique moins naturelle que celle de *Baudelocque*. Elle consiste, comme l'on sait, à appliquer le forceps, toujours de la même manière relativement au bassin, et quelle que soit la position de la tête du fœtus. Je puis assurer n'avoir jamais observé de suites fâcheuses pour l'enfant, quand bien même les branches de l'instrument ne répondaient pas aux côtés de la tête. Pour ce qui regarde l'extraction entière de cette partie, je préfère la terminer avec le forceps. On sait que les sentimens des accoucheurs sont partagés à cet égard ; que *Smellie*, *Piet*, *Deleurye*, *Boër* et *Thenance*, donnent le conseil d'amener la tête jusqu'aux parties génitales, et d'en confier l'expulsion aux forces de la nature, afin d'éviter la rupture du périnée qui, suivant eux, ne manque pas d'avoir lieu toutes les fois qu'on ne dégage pas les branches de l'instrument au moment où la tête franchit la vulve. Cependant *Levret*, et

après lui *Baudelocque* et *Osiander*, se sont déja élevés contre cette doctrine, et ont démontré la fausseté du principe qu'on avait adopté. Ils ont fait voir, 1.° que les branches de l'instrument n'augmentent pas l'épaisseur de la tête; 2.° qu'un des avantages du forceps consiste à modérer la force avec laquelle la tête sort du bassin, et à prévenir par là les déchiremens du périnée; et que, 3.° dans la plupart des cas on a recours à cet instrument pour suppléer aux forces languissantes de la nature, et pour terminer promptement un accouchement dans lequel la vie de la mère et celle de l'enfant étaient en danger. Je n'ai suivi qu'une seule fois le procédé de *Smellie*, et ce fut précisément alors que j'eus le désagrément de voir le périnée se rompre par la sortie trop prompte de la tête, qu'il n'était pas en mon pouvoir de retenir. Dans tous les autres cas où j'ai agi différemment, un pareil accident ne m'est plus arrivé, à l'exception pourtant d'un seul, mais qui se rapportant à un accouchement extrêmement laborieux, ne prouve rien contre la doctrine de *Levret*. Voici ce cas :

Rupture du Périnée.

Une femme asthmatique, affectée d'un goître très-volumineux, enceinte pour la première fois à l'âge de quarante-trois ans, ressentit les premières douleurs le 2 novembre 1807. Après la rupture spontanée des membranes, je trouvai la tête du fœtus au-dessus du détroit supérieur; mais ayant déja une tuméfaction du cuir chevelu fort considérable, qui rendait impossible l'exploration de cette tête pour en

déterminer la position. Les contractions, qui avaient été fortes pendant la plus grande partie de la journée, ne poussèrent la tête que jusque dans le détroit supérieur où elle s'arrêta entièrement. J'appliquai le forceps qui, après des tractions fortes exécutées pendant une demi-heure, et pour lesquelles je me faisais relever par mon collègue M. le docteur *Schahl*, ne produisirent pas le moindre changement dans la position de cette tête. Enfin, ce ne fut que lorsque nous tirâmes à deux et à-la-fois sur l'instrument, que la tête franchit le détroit supérieur; et qu'elle descendit si promptement par l'excavation et le détroit inférieur, que, n'ayant pas eu le temps de changer la direction du forceps et d'en relever le manche vers le pubis, la déchirure du périnée devint inévitable, et cette partie se rompit jusque dans l'anus.

Ma première idée, après avoir constaté ce fâcheux accident, fut de pratiquer la suture du périnée. Cependant l'accouchée ayant été saisie de convulsions épileptiques après l'accouchement, il ne fut pas possible de procéder à cette opération sur-le-champ. Le malheur voulut aussi que pendant un mois entier, tantôt une diarrhée opiniâtre et tantôt une sciatique très-douloureuse firent différer l'exécution de mon projet, jusqu'à ce qu'enfin tous les accidens étant dissipés, je trouvai le moment d'entreprendre l'opération le 2 décembre suivant, en présence de MM. *Cailliot* et *Flamant*. Voici dans quel état se trouvaient alors les parties :

Les deux lèvres de la division s'étaient considérablement rapprochées; le bord de la

cloison vagino rectale était, pour ainsi dire, de niveau avec la peau; le sphincter externe de l'anus était entièrement déchiré, mais l'interne était encore intact, et serrait même, avec une certaine force, le doigt qu'on y introduisait. Je coupai quelques petites inégalités sur les côtés et à la partie supérieure de l'anus; par ce moyen, je rafraîchis, autant que possible, les bords de la plaie : un seul point de suture paraissait suffisant pour rapprocher ses bords; j'enfonçai l'aiguille courbe dans le côté gauche du périnée; je la fis traverser la partie inférieure de la cloison vagino-rectale, et je la fis ressortir au côté droit. Deux emplâtres agglutinatifs et un bandage en T soutenaient l'action de la suture. Malgré ces précautions et la position avantageuse que je fis prendre à la femme, en examinant le périnée le septième jour, j'eus le désagrément de voir que les lèvres de la plaie n'étaient point réunies, et que l'opération avait totalement manqué. Je trouvai dans cet insuccès quelques motifs de consolation; 1.° en ce que la réunion du périnée n'avait pas été rigoureusement nécessaire, attendu que cette femme retenait à volonté ses excrémens; 2.° en ce que cette opération avait plus souvent manqué qu'elle n'avait réussi, à des personnes plus habiles et plus exercées que moi.

Une autre circonstance où la rupture du périnée est inévitable, quelques précautions que l'on prenne pour la prévenir, c'est lorsque cette partie, ainsi que les grandes lèvres, sont attaquées de cette espèce d'œdême que les anciens ont qualifié de squirrheux, par rapport à sa dureté et à sa résistance. J'ai observé deux

cas de cette espèce, et où j'avais pratiqué, avant et pendant le travail, des ponctions aux grandes lèvres, afin de produire un dégorgement et un relâchement notable à ces parties. Mais malgré ces soins et l'attention de bien soutenir le périnée, cette partie se rompit jusqu'à l'anus; et quoiqu'il se fût opéré un dégorgement assez considérable par les petites plaies que j'avais faites, les parties génitales ne se trouvèrent pas encore assez désenflées pour pouvoir prêter à la dilatation nécessaire pour le passage de l'enfant.

Si la rupture du périnée ne se guérit jamais spontanément, il n'en est pas de même des déchirures dans l'orifice de la matrice, qui, dans des circonstances, à la vérité assez rares, déterminent une altération complète du museau de tanche, sur-tout lorsque les lèvres du col de l'utérus ont été fortement enflammées. Un cas de cette espèce s'est offert à moi à l'hôpital dans le dernier mois de 1808.

Oblitération de l'orifice de la matrice à la suite d'accouchemens laborieux.

Une fille de 29 ans, enceinte pour la première fois, se trouvait en travail d'enfant le 15 octobre 1809. Les eaux s'étaient déja écoulées un mois auparavant, ce qui, comme je l'ai fait remarquer plus haut, annonce presque toujours un accouchement plus ou moins long et laborieux. La dilatation de l'orifice s'opéra lentement. La tête s'engagea peu-à-peu, et descendit dans l'excavation : mais elle s'arrêta pendant huit heures. Je résolus en conséquence de terminer cet accouchement

par le forceps. Cet instrument glissa quatre fois sur la tête du fœtus, quoique cette partie descendit tant soit peu après chaque application. Après sa sortie, je trouvai encore un obstacle au dégagement des épaules, et ce ne fut qu'après bien des peines et du travail, que je parvins à faire descendre un bras, en me servant pour cela d'un des crochets qui terminent inférieurement le forceps. En tirant après cela en même temps sur la tête et sur cette extrémité bien enveloppée d'un linge, je réussis à extraire tout le corps de l'enfant. Celui-ci était mort depuis quelque temps, comme le prouvait l'emphysême qu'on remarquait sur différentes parties de son corps. Son poids était de neuf livres, sa longueur de vingt-trois pouces neuf lignes. Les diamètres de la tête avaient leur grandeur naturelle, à l'exception du transverse qui, au lieu de trois pouces et quart, avait trois pouces et dix lignes.

Les lochies sur cette femme ayant contracté une odeur singulièrement fétide, j'ordonnai des injections détersives dans le vagin et dans l'utérus. La sage-femme chargée de les administrer, me prévint un jour d'une disposition du col de la matrice qui n'était pas ordinaire. Je touchai, et je reconnus que les deux lèvres fendues des deux côtés étaient longues, dures, chaudes, et d'une grande sensibilité.

En examinant ces parties quelque temps après, je fus fort étonné de ne plus rencontrer ces mêmes lèvres. Je parvins avec mes doigts dans le fond d'un cul-de-sac, à la partie antérieure duquel je trouvai une très-petite saillie ayant dans son centre une petite fossette lenticulaire semblable à celle qui existe sur les

femmes qui n'ont jamais accouché. Ce fait si singulier m'engagea, le 10 décembre suivant, à tenter l'introduction d'une sonde d'argent par l'orifice utérin; mais je trouvai cet orifice encore plus étroitement fermé, et j'eus même de la peine à reconnaître la petite saillie que je prenais la première fois pour le museau de tanche. Ne voulant pas perdre l'occasion d'étudier un cas aussi rare, et d'observer les suites qu'il pourrait entraîner lors de l'apparition des règles, je retins cette femme à la salle plus long-temps que les réglemens ne le permettaient, et je priai quelques-uns de mes collègues de la visiter avec moi. En la touchant le 5 avril, je ne reconnus absolument plus aucune trace du col de la matrice, et je jugeai que les parois de l'extrémité du vagin avaient contracté entre elles une adhérence devant le museau de tanche, et, par là, dérobé ces parties à toutes mes recherches.

Cependant cette femme commença à être sujette à plusieurs accidens dépendans de la rétention des règles, et pour lesquels on ne pouvait employer que des moyens palliatifs, en attendant que l'orifice s'ouvrit de nouveau. Après un séjour de quelques mois à l'hôpital, cette femme sortit un peu soulagée, mais ayant toujours l'orifice utérin oblitéré. Cette personne s'étant présentée chez moi quelques semaines après, elle m'apprit que ses règles avaient commencé à reparaître, quoique très-faiblement, et en la touchant je reconnus le petit bouton que j'avais rencontré la première fois, et que j'avais jugé être le museau de tanche, de façon qu'il y a lieu d'espérer que les choses reviendront à leur premier état.

Quoique je n'aie parlé dans ce cas que de l'oblitération de l'orifice de la matrice, je crois néanmoins que cette oblitération s'étendait plus loin, qu'elle occupait tout le col de la matrice, et peut-être même le corps de ce viscère, dont les parois, après avoir été enflammées, avaient contracté des adhérences entre elles. Ce qui me fait embrasser cette opinion, c'est que toutes les fois que je touchais cette femme, et particulièrement au moment de ses souffrances, je ne pus jamais distinguer le corps de la matrice sous forme d'une tumeur dure, volumineuse, et telle qu'elle doit l'être lorsqu'elle se trouve distendue par le sang menstruel qu'on suppose y être retenu.

Peut-on m'accuser des suites fâcheuses de cet accouchement? En consultant les livres qui parlent de ce cas particulier, tous me condamnent et font dépendre cet accident de l'inhabileté de l'accoucheur, et de la rudesse de ses mouvemens. Mais je demande à tout homme impartial ce qu'il aurait fait à ma place? Certes, tout autre que moi aurait introduit le forceps, une seconde, une troisième et même une quatrième fois, lorsque la première application lui aurait manqué. Tout autre, voyant l'enfant sorti jusqu'aux épaules, aurait tâché de dégager les bras à quelque prix que ce fût, et en se servant même à cet effet d'un des crochets du forceps lorsqu'il n'était pas possible de faire descendre autrement le pli du coude. Ce qui prouve qu'il n'y avait point de violence exercée ni sur le vagin, ni sur l'utérus, c'est qu'il n'a paru ni hémorragie, ni *prolapsus*, ni aucuns des accidens qui annoncent ordinairement une déchirure de ces parties. Il faut donc que par,

les manœuvres répétées, il se soit déclaré une inflammation à la partie supérieure du vagin et aux lèvres de l'orifice utérin, et que cette inflammation ait entraîné l'adhérence et l'union intime des unes aux autres, ce qu'il n'était pas possible de prévenir ni d'empêcher. Ce fait pourtant m'a rendu plus circonspect et plus prévoyant pour la suite, et il me décidera à examiner plus souvent les parties génitales après des accouchemens laborieux; et si je rencontrais à l'avenir une inflammation aux lèvres de l'orifice utérin, telle que ces parties engorgées se touchassent et interceptassent le passage du sang et des autres matières, je n'hésiterais pas à placer entre elles une canule de gomme élastique, jusqu'à ce que la période d'inflammation fût passée. N'ayant trouvé ce conseil dans aucun des ouvrages didactiques sur cette matière, et n'ayant pu prévoir l'occlusion parfaite de l'orifice de la matrice, je suis encore excusable de ne l'avoir pas suivi dans le cas qui s'est présenté à moi.

A ce cas d'occlusion de l'orifice utérin, je joindrai l'histoire d'une semblable disposition sur une femme enceinte, et qui rendit indispensable l'incision de la portion inférieure de la matrice, ou ce qu'on est convenu d'appeler l'*hystérotomie vaginale*.

Hystérotomie vaginale.

Anne-Marie Dresch, âgée de trente ans, d'une petite taille, mais régulièrement conformée, fut reçue à l'hôpital civil le 16 janvier 1811, dans le septième mois de sa seconde grossesse. Cette femme avait déja été accouchée la pre-

mière fois à l'aide du forceps. Devenue enceinte deux ans après ce premier accouchement, le col de la matrice offrait une conformation toute particulière; ses deux lèvres étaient fendues par de profondes échancrures, en plusieurs lambeaux irréguliers, au centre desquels on rencontrait en place d'un orifice une bride transversale ayant l'apparence d'une cicatrice. Le plus considérable de ces lambeaux était placé derrière la vessie urinaire, à l'extrémité de la colonne antérieure des rugosités transversales du vagin, et était long de quatre lignes environ.

Pendant les trois mois qui précédèrent l'accouchement, les choses restèrent à-peu-près dans le même état, excepté que les lambeaux se ramollissaient, et qu'il était plus facile de toucher la tête du fœtus à travers les parois de la matrice. Les premières douleurs commencèrent le 25 avril; mais ces douleurs ne produisirent aucun effet sur l'orifice utérin, qui demeura toujours imperceptible. J'espérais que cet orifice s'ouvrirait par suite du travail, et j'étais d'autant plus fondé à le croire, qu'il sortait du vagin une liqueur semblable aux eaux de l'amnios teintes de méconium. Cependant toute la journée du 26 se passa sans qu'il parût aucun orifice, quoique les douleurs fussent fortes et continues, et que la tête du fœtus descendît tant soit peu dans le détroit supérieur, en abaissant la portion du corps de la matrice qui lui correspondait. Croyant m'être trompé dans les recherches de l'orifice utérin, je portai ma main toute entière dans le vagin, et jusqu'au cul-de-sac que ce canal forme supérieurement, mais je ne le découvris nulle part.

Il y avait plus de quarante-huit heures que la femme était en travail ; ses forces commençant à s'épuiser, il était instant de prendre un parti définitif. J'appelai en consultation MM. *Flamant* et *Cailliot*. Ces professeurs, après avoir scrupuleusement examiné l'état des choses, constatèrent également l'absence de l'orifice utérin, et reconnurent avec moi la nécessité de l'hystérotomie vaginale, comme le seul moyen de terminer l'accouchement.

Cette opération fut pratiquée le 27 avril, cinquante-six heures après le commencement du travail ; les parties se trouvaient alors dans l'état suivant : les parois du vagin étaient un peu tuméfiées et chaudes ; à l'extrémité supérieure de ce canal, se rencontrait la tête du fœtus, poussant devant elle une portion de la paroi antérieure de la matrice. Derrière la tumeur formée par la tête, étaient placés les lambeaux que nous prîmes pour les débris du col, et dans leur centre la bride transversale que nous reconnûmes pour l'orifice utérin oblitéré.

Avec une nouvelle espèce de bistouri caché, et dont l'invention est due à M. *Flamant* (1), je pratiquai une incision longue d'environ deux pouces et demi dans la direction du diamètre antéro-postérieur, en commençant cette incision à la bride transversale plusieurs fois dénommée, et en la conduisant sur la tumeur convexe formée par la tête. Avec un autre

---

(1) Ce bistouri se trouve décrit et représenté dans la Thèse de M. *Flamant*, intitulée : *de l'Opération Césarienne*. Paris, 1811 ; *in*-4.°, où se trouve insérée aussi la présente observation.

bistouri à tranchant concave, je fis deux autres incisions latérales; il en résulta une plaie cruciale et quatre lambeaux. Les incisions qui n'occasionnèrent qu'une faible hémorragie, ayant mis à découvert la tête dans une étendue assez considérable pour permettre l'application du forceps, je me décidai sur-le-champ pour l'emploi de cet instrument, avec d'autant plus de raison, que les contractions de la matrice avaient déja cessé depuis plusieurs heures. L'application des branches du forceps n'offrit aucune difficulté, quoique la partie la plus large de la tête fût encore au-dessus du détroit superieur : mais son extraction avait été pénible, et n'avait pu être effectuée que par les forces réunies de deux personnes, tirant en même temps et à-la-fois sur le crochet du forceps. L'enfant, qui était une fille, fut amené mort. Il avait éprouvé une petite solution de continuité dans les tégumens de la tête, à l'occasion de la première incision que je pratiquai sur le corps de la matrice. Son volume, son poids et ses dimensions étaient ceux d'un enfant parfaitement à terme. La femme eut une couche extrêmement heureuse; les lochies coulèrent pendant cinq jours; le lait monta au sein sans être précédé de fièvre. Une légère diarrhée qui survint me dispensa de l'usage des potions salines propres à évacuer le lait; les douleurs de la vulve n'étaient pas différentes de celles que traînent à leur suite les accouchemens les plus naturels; en un mot, l'accouchée n'eut besoin pendant tout le temps de ses couches, d'aucun médicament.

En visitant les parties quinze jours après l'accouchement, je trouvai que les quatre

lambeaux avaient disparu, que les bords de la plaie s'étaient arrondis, qu'il en résultait un orifice utérin largement ouvert qui établissait une libre communication avec le vagin; en sorte que celui-ci et la matrice ne paraissaient former qu'une seule et même cavité. Huit jours plus tard, je trouvai les choses bien changées; le nouvel orifice utérin s'était rétréci au point qu'on ne pouvait y introduire le bout du doigt. Voulant éviter une nouvelle occlusion de cet orifice, je plaçai une sonde de femme que je poussai jusqu'au fond de la matrice; mais cet instrument devint si incommode à l'accouchée, et lui occasionna des douleurs si vives, que je fus obligé de le retirer.

Quoiqu'après un nouvel et dernier examen, l'orifice utérin me parût s'être encore une fois fermé, et que le lieu où il était ne fût marqué que par un petit enfoncement entouré de quelques mamelons assez durs, la femme a eu néanmoins ses règles pour la première fois, le 20 juin 1811; ce qui me fait croire que le sang menstruel passe à travers des orifices si petits que le doigt ne saurait les découvrir.

On peut conclure de cette observation, sous le rapport de la physiologie, que quoique l'orifice de la matrice soit susceptible de s'oblitérer à la suite d'une lésion externe et d'une inflammation survenue au museau de tanche, cette occlusion n'est pourtant pas absolue, et n'intercepte pas la communication entre la cavité de la matrice et celle du vagin. Si le sang menstruel peut se faire un passage à travers des orifices si petits, si l'eau de l'amnios mêlée de méconium peut s'écouler par ces mêmes orifices, pourquoi la partie la plus subtile de la

liqueur spermatique ne pénétrerait-elle pas dans l'utérus, et ne féconderait-elle pas une femme dont le museau de tanche serait constitué comme je l'ai rencontré sur l'individu qui fait le sujet de mon observation ? Rien n'empêche donc d'admettre que cette femme avait l'orifice utérin oblitéré par suite de son premier accouchement, et des manœuvres qu'il avait fallu employer pour la délivrer : que les règles se sont rétablies sans peine ni difficulté, nonobstant l'oblitération de l'orifice, et que cette même oblitération ne l'a pas empêchée de devenir enceinte une seconde fois; car si on voulait établir une supposition contraire, et admettre que le museau de tanche n'eût changé d'organisation qu'après la conception et pendant la durée de la seconde grossesse, je demanderais quelle cause aurait été capable de produire un pareil changement ?

Hémorragies utérines.

De tous les accidens qui réclament la prompte terminaison de l'accouchement, aucun n'est plus fâcheux ni plus effrayant que les hémorragies par implantation du placenta sur l'orifice de la matrice ; ce cas s'est offert plusieurs fois dans ma pratique. La première fois, la femme était au huitième mois de sa grossesse, et le fœtus était mort ; dans un autre cas, la gestation était au milieu du neuvième, et l'enfant fut amené vivant. J'éprouvai chaque fois de grands obstacles pour la dilatation de l'orifice utérin ; et comme dans une circonstance aussi périlleuse et aussi urgente, il s'agit d'obtenir cette dilatation à quelque prix que ce soit,

et que, par conséquent, on est obligé de forcer ce passage, il peut arriver deux choses extrêmement fâcheuses; savoir: une déchirure des bords de l'orifice et une paralysie de la partie inférieure de l'utérus; et si malheureusement la déchirure faite dans les lèvres du col a intéressé un vaisseau un peu considérable, il s'ensuit une hémorragie mortelle que rien ne peut arrêter, attendu que la partie de la matrice frappée de paralysie, n'est pas susceptible de se contracter, et que les moyens mécaniques n'ont point de prise sur des parties molles et flasques, telles que les lèvres du col de l'utérus auxquelles les parois du vagin ne prêtent pas de point d'appui suffisant pour la compression. J'ai eu le chagrin, dans ma pratique civile, de voir périr de cette manière une mère de famille, et qui accouchait pour la quatrième fois: l'hémorragie qui précédait le travail avait duré depuis cinq heures du matin jusqu'à six heures du soir. Avant que je fusse appelé, cette femme, épuisée par cette perte ainsi que par une saignée qu'un chirurgien avait pratiquée au bras, n'avait plus qu'un pouls très-faible, mais conservait encore toute sa présence d'esprit. Les mouvemens de la version ne durèrent pas long-temps; l'enfant, qui s'était présenté par la tête, fut amené vivant, et vit encore aujourd'hui: mais l'hémorragie continua même après la délivrance, quoique la matrice se fût contractée bientôt après. Je pris néanmoins le parti de tamponner le vagin, et de faire exercer une compression pendant une heure entière sur la base du tampon qui dépassait l'entrée de la vulve. Malgré tous ces soins et l'administration des médicamens internes

propres à arrêter l'hémorragie, je vis constamment le sang percer le tampon, la femme s'affaiblir de plus en plus, et expirer après quelques légers mouvemens convulsifs. L'ouverture du cadavre m'ayant été refusée, je fus réduit à examiner le lendemain le vagin, et après avoir retiré le tampon, je trouvai la paroi de ce canal sans aucune lésion, la matrice dure et contractée au point de ne plus permettre l'introduction d'un doigt dans sa cavité, mais les lèvres du col étaient molles, flasques et déchirées en plusieurs lambeaux. Quoique lors de la version que j'avais été obligé de faire, j'eusse éprouvé assez de résistance en portant la main dans la matrice, je ne crois pas néanmoins avoir déchiré à cette occasion cette partie de l'utérus; mais je pense que c'est par la sortie du tronc, et sur-tout par le passage de la tête du fœtus presqu'à terme, que cette même partie fut endommagée, et je suis persuadé que c'était dans elle que se trouvait la source de l'hémorragie.

J'ai été plus heureux dans d'autres cas où le tamponnement a sauvé la vie à deux femmes, qui, sans ce moyen, eussent infailliblement succombé à l'hémorragie dont elles étaient attaquées.

La première fois, c'était pour une femme qui était à son cinquième accouchement. L'hémorragie ne se déclara qu'une demi-heure après la délivrance, et fut accompagnée de vomissemens : circonstance d'autant plus fâcheuse, qu'à chaque effort pour vomir il sortait par le vagin un flot de sang. Le laudanum liquide et la liqueur anodine que j'employai pour assoupir ce vomissement, loin de le calmer, parurent l'exciter davantage. Ce ne fut qu'après

l'emploi d'une potion de *Rivière*, et un large sinapisme appliqué sur le creux de l'estomac, que je parvins à l'appaiser. M'occupant en même temps de l'hémorragie qu'il était d'autant plus instant d'arrêter, que les pulsations de l'artère ne se faisaient plus sentir qu'au pli du coude, que la femme eut de fréquentes syncopes, et qu'une sueur froide lui couvrait le visage, je faisais faire des tampons de morceaux de linge roulés et trempés dans du vinaigre, dont chacun portait un double fil, afin qu'on pût les retirer plus commodément. Je remplis peu-à-peu la matrice de ces tampons, jusqu'à lui faire avoir à-peu-près la moitié du volume qu'elle avait pendant la gestation. Ce ne fut qu'une heure après l'emploi de ces moyens, que les battemens de l'artère radiale devinrent sensibles à mon doigt, et que la chaleur vitale reparut à la tête et aux extrémités.

Le second cas était semblable au premier, à l'exception que la femme était d'une constitution plus forte, et que l'hémorragie n'était point accompagnée de vomissemens.

Dans l'un et l'autre cas, je ne fis l'extraction du tampon que le quatrième jour; mais il est impossible de se faire une idée de l'odeur fétide qu'ils exhalaient. Je m'attendais bien à des accidens graves déterminés par la seule présence du sang pourri dans la matrice, et je me disais que, si quelque circonstance était capable de produire une fièvre nerveuse, c'était bien la grande prostration de forces à la suite de l'hémorragie, et le foyer putride que ces femmes recélaient dans l'intérieur de leur corps. Mais aucun accident fâcheux ne

leur est arrivé ; ces personnes ne présentèrent que les suites ordinaires d'une grande faiblesse, et se trouvèrent même rétablies en assez peu de temps.

Je ferai encore une remarque au sujet des hémorragies utérines. L'expérience m'a appris qu'après avoir obtenu, de quelque manière que ce soit, la contraction de l'utérus, il ne faut pas croire pour cela que le danger de la perte soit entièrement passé ; au contraire, il arrive très-souvent que cet état de contraction dans lequel l'utérus se présente sous la forme d'un globe dur et arrondi, n'est que passager, et qu'il est bientôt suivi d'un relâchement pendant lequel la matrice redevient molle et flasque ; son orifice se rouvre et le sang recommence à couler. J'ai été plusieurs fois témoin d'accouchemens où les contractions de la matrice alternaient jusqu'à six fois dans l'espace d'une heure, avec le relâchement, et où ce viscère semblait flotter, pour ainsi dire, entre ces deux états opposés. Jamais il ne faut donc quitter une nouvelle accouchée avant d'être parfaitement rassuré sur la perte : accident auquel on doit toujours s'attendre, lorsque, pour quelque cause que ce soit, on a été obligé de hâter la délivrance, et de vider la matrice du corps qu'elle renfermait. Tout ce qui est capable, dans ces sortes de cas, de produire une constriction permanente de la matrice, arrêtera le plus sûrement l'hémorragie. Voilà pourquoi le tampon est un moyen si efficace ; ce n'est pas seulement parce qu'il bouche mécaniquement les orifices des vaisseaux, qu'il est si salutaire, mais parce qu'il constitue, à mon avis, un

stimulus permanent qui entretient l'utérus dans un état permanent de contraction.

Lorsque dans des hémorragies graves on est encore à même de porter des secours efficaces au moyen du temponnement, on éprouve quelque consolation dans une circonstance aussi fâcheuse : mais lorsque le malheur veut que la partie supérieure de l'utérus soit frappée d'atonie, tandis que l'inférieure se contracte et s'oppose par là à l'introduction de la main, l'accoucheur se trouve vraiment dans une position très-déplorable. Ceci m'est arrivé dans le cas suivant :

Je fus appelé dans le courant de 1813, pour délivrer *Elisabeth Robinet*, femme d'un militaire retiré, et qui était enceinte pour la seconde fois. J'appris à mon arrivée, de la sage-femme, que les eaux s'étaient écoulées spontanément, et qu'outre une anse du cordon ombilical, il se présentait à l'orifice dilaté de la grandeur d'une pièce de six francs, une partie du fœtus qu'elle ne pouvait pas reconnaître.

J'introduisis plusieurs doigts; je distinguai l'épaule du fœtus, et je me convainquis que la tête était placée sur la fosse iliaque gauche, et les fesses sur la fosse iliaque droite, le dos tourné vers le pubis, et la poitrine vers le sacrum de la mère.

L'indication était évidente ; elle consistait à faire la version de cet enfant, et à l'extraire par les pieds, ce que j'exécutai avec ma main gauche. J'amenai un enfant femelle petit, mais sans vie, et dont la mort doit être attribuée à la compression du cordon ombilical, qui n'offrait déja plus de pulsations à mon arrivée.

Je ne tardai pas à reconnaître la présence d'un second enfant dans la matrice. J'en aurais bien volontiers confié l'expulsion à la nature, s'il ne se fût manifesté une hémorragie qui m'obligea de rompre la seconde poche des eaux, et de retirer par les pieds le second enfant dont la position était également transversale au-dessus du détroit supérieur. Cet enfant, qui était encore une petite fille, fut extrait vivant; mais à peine l'eût-on séparé de son placenta par la section du cordon ombilical, que la perte qui avait déja commencé avant la naissance, devint plus forte et plus alarmante, et me força de procéder à la délivrance le plus promptement possible. Je sentis, en portant la main dans la matrice, que les placenta formaient, par leur réunion, un seul gâteau attaché à la partie postérieure de l'utérus, mais décollé à sa partie inférieure voisine de l'orifice de la matrice. J'achevai le décollement de l'arrière-faix, ce qui m'obligea de porter bien haut ma main dans l'utérus; et après avoir fait l'extraction du placenta, j'eus la satisfaction de voir la matrice se contracter et l'hémorragie s'arrêter; mais malheureusement ce ne fut pas pour long-temps, car il se déclara une nouvelle perte qui me paraissait d'autant plus inquiétante, que la femme était d'une habitude cachectique, et qu'elle avait été affaiblie par un travail de plusieurs jours. Je mis en conséquence en usage tous les moyens que l'art indique en pareil cas: frictions sèches, application d'eau froide, injection d'eau et de vinaigre; lavemens froids et médicamens astringens pris à l'intérieur. Il ne me restait plus que le tamponnement à employer; mais en

portant, pour l'exécuter, ma main dans les parties génitales, quelle fut ma surprise de trouver la matrice contractée dans sa partie inférieure, au point de n'admettre qu'un doigt dans sa capacité ! Néanmoins après avoir forcé le passage, et être parvenu dans la partie supérieure de l'uterus, je le trouvai dilaté et rempli par du sang caillé. Il était donc évident que la moitié supérieure de la matrice était frappée d'atonie, pendant que la moitié inférieure avait conservé toute sa contractilité. Voulant provoquer, à quelque prix que ce fût, la contraction de la moitié supérieure de la matrice, j'employai avec plus de persévérance l'eau froide; j'injectai avec une seringue à lavement ayant une longue canule, du vinaigre pur dans la matrice; j'administrai une potion astringente et analeptique, à des doses très-rapprochées; mais rien ne me réussit. Le fond de l'utérus resta constamment flasque, le sang continua à couler, les forces vitales commencèrent à s'éteindre, et pour comble de malheur, la moitié inférieure de la matrice se resserra avec plus d'opiniâtreté, de sorte que le seul moyen sur lequel je devais encore compter, savoir le tamponnement, me fut interdit; le vagin lui-même se contracta probablement par l'effet des injections froides et astringentes dont j'avais dû faire usage. Dans cette pénible situation, j'imaginai de faire tomber de l'eau froide d'une certaine hauteur, en forme de douches, sur la région hypogastrique; après le premier essai de ce moyen, l'écoulement s'arrêta, et la matrice revint sur elle-même; mais me rappelant que les contractions de l'utérus ne sont souvent que momen-

tanées, et que cet organe retombe facilement dans l'inertie de laquelle on vient de le tirer; je continuai la douche peut-être un peu trop long-temps, ce qui fut suivi d'un frisson si violent, d'un ébranlement tellement fort, et d'un état spasmodique si terrible, que je croyais à tout moment la malade prête à rendre le dernier soupir, et que, plongé dans la plus grande consternation, je me reprochais d'être la cause directe de la mort de cette femme.

Heureusement cet état de trouble et d'angoisses de l'accouchée diminua peu-à-peu après que je lui eus fait réchauffer toutes les parties, et au bout d'une heure et demie le calme se rétablit, quoiqu'il fût suivi d'un extrême abattement. Cet exemple m'a tellement effrayé, que depuis ce temps je me suis imposé la loi de n'employer que deux ou trois aspersions sur le bas-ventre, et de ne jamais prolonger les douches froides sur cette partie du corps, aux risques de voir périr les accouchées attaquées de semblables pertes utérines; au moins les assistans épouvantés ne pourront m'accuser d'avoir donné la mort, si je n'ai pas pu réussir à conserver la vie.

Ce cas si curieux, et qui prouve l'existence simultanée d'un état de contraction et d'un état de relâchement dans le corps de la matrice, m'a rappelé la description que *Calza* (1)

---

(1) L. Calza, *Uber den Mechanismus der Schwangerschaft;* Reil, *Archiv für die Physiologie; Band, Haft* 3, pag. 341 (C'est-à-dire, *L. Calza*, sur le Mécanisme de la grossesse, Archives de la Physiologie de *Reil*).

a donnée des faisceaux fibreux de cet organe, et de la division qu'il en a faite. Il m'a semblé que l'endroit que cet anatomiste a appelé *isthme*, et où il a découvert une bande de fibres transversales se dirigeant d'un ovaire à l'autre, divisait l'utérus en deux parties, faisait dans certaines circonstances l'office d'un sphincter de la matrice, et séparait par une espèce d'étranglement la cavité de cet organe en deux loges, dont chacune peut renfermer un fœtus dans des grossesses à jumeaux, et dont chacune peut être douée d'un différent degré de forces vitales.

Les fréquentes occasions que j'ai eues de porter la main dans la matrice, après la délivrance complète et dans des cas d'hémorragies, m'ont fait connaître un autre phénomène physiologique digne d'attention; c'est la grande concrescibilité que possède quelquefois le sang sortant des vaisseaux utérins. A peine avais-je introduit ma main dans la matrice, et senti arriver sur elle le jet du sang, que ce fluide se trouvait coagulé à l'instant même, et formait, pour ainsi dire, une membrane sur mes doigts, qui gênait les mouvemens de ceux-ci, et qui me donnait une sensation pareille à celle que j'aurais éprouvée s'ils eussent été engagés dans une épaisse toile d'araignée; et en retirant ma main, j'avais souvent de la peine à en détacher ce sang caillé. Jamais je n'ai été aussi pénétré de la force des argumens par lesquels *Hunter* cherche à démontrer la vitalité du sang, que dans cette circonstance, où certainement l'action d'aucun agent externe n'avait pu être mise en jeu pour produire cette coagulation.

Application des crochets tranchans sur la tête du fœtus.

J'ai employé deux fois à l'hôpital, les crochets tranchans pour extraire une tête qui avait déja été écrasée par le forceps, et où l'accouchement fut suivi de la mort des accouchées. Je vais rapporter le premier de ces cas; je parlerai du second dans un autre mémoire.

Une femme bossue et contrefaite, âgée de 39 ans, n'ayant que quatre pieds deux pouces de hauteur, vint à l'hôpital pour y accoucher de son premier enfant. Le travail commença le 30 janvier 1815. L'examen du bassin, que j'avais mesuré avec le compas d'épaisseur de *Baudelocque*, m'ayant donné trois pouces un quart pour l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et n'ayant pu atteindre la saillie du sacrum avec mes doigts introduits dans le vagin, j'étais rassuré sur le compte de cette femme, et je ne m'attendais qu'à un accouchement un peu long, et que j'aurais à terminer tout au plus par le moyen du forceps. Cependant, vingt-quatre heures s'étant écoulées sans que la tête voulût s'engager dans le détroit, je résolus d'appliquer cet instrument. Quoiqu'il me fût difficile de conduire les branches à la hauteur où se trouvait encore la tête, je réussis néanmoins à les réunir et à les croiser; mais le forceps glissa, et l'ayant réappliqué jusqu'à quatre fois, j'eus toujours le même résultat fâcheux. Deux heures s'étant écoulées dans ces tentatives infructueuses, on me donna le conseil d'aller chercher

les pieds et de terminer l'accouchement par la version du fœtus. Ce fut alors que je portai ma main toute entière au-dessus du détroit supérieur, et que je trouvai, avec étonnement, qu'elle avait beaucoup de peine à passer, et qu'il m'était impossible de la retirer, ayant le poingt fermé. Me rappelant alors du précepte de *Levret*, je vis clairement que l'étroitesse était telle, que l'accouchement ne pouvait avoir lieu que par l'opération césarienne ou par la perforation du crâne du fœtus. Recourir à la première de ces opérations sur une femme fatiguée par vingt-quatre heures de travail, et par plusieurs applications infructueuses du forceps, c'eût été, par une témérité impardonnable, compromettre évidemment la vie de la femme, sans être dédommagé par l'extraction d'un fœtus vivant, attendu que la tête me paraissait avoir beaucoup souffert par l'application de l'instrument. Ayant donné à cette femme quelques heures de relâche pendant le reste du travail, j'appris en retournant auprès d'elle le lendemain, que les contractions étaient redevenues fortes après mon départ; et en examinant les choses par le toucher, je trouvai la tête de l'enfant dans le détroit, mais aplatie et écrasée; l'indication n'était pas alors difficile à saisir : je portai le crochet aigu sur l'occiput, et l'ayant enfoncé dans ce dernier, je fis l'extraction de la tête, et par suite celle du tronc. Je pense que l'écrasement de cette tête doit être attribué en partie à l'action du forceps, et en partie aux contractions qui s'étaient renouvelées pendant la nuit qui précéda l'accouchement.

L'accouchée ne survécut que deux heures

à sa délivrance; aucun accident particulier ne s'était manifesté; il est probable qu'elle périt d'épuisement, à la suite du travail long et laborieux auquel elle avait été assujettie. Avant d'ouvrir son cadavre, je mesurai encore une fois le bassin avec le compas d'épaisseur, qui, ayant six pouces et demi d'écartement entre ses branches, devait, après une déduction de trois pouces, me donner trois pouces un quart pour le diamètre antéro-postérieur. Cependant la section et l'examen du cadavre me donnaient d'autres résultats : le petit diamètre du détroit supérieur n'avait que deux pouces et demi; le transversal du même détroit, cinq pouces deux lignes; le transversal du détroit inférieur était de quatre pouces cinq lignes, et l'antéro-postérieur de ce détroit, de six pouces un quart. Les deux diamètres iliaques du détroit supérieur étaient égaux, et avaient chacun quatre pouces et demi d'étendue. Je ne rencontrai ni aux parties molles de la génération, ni aux ligamens du bassin aucune déchirure, ni autre lésion quelconque. Le bassin a été placé par moi dans le cabinet de la Faculté de Médecine.

Ce cas malheureux d'accouchement m'a appris deux choses : 1.° à me méfier du compas d'épaisseur pour estimer, suivant *Baudelocque*, l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. On a dû voir combien l'examen du cadavre a été peu d'accord avec le résultat que l'instrument m'avait donné, quoique je pense l'avoir appliqué convenablement, et qu'il ne m'était pas possible de me tromper, sur-tout après la mort. 2.° Il m'a appris, en second lieu, à examiner de bonne

heure l'intérieur du bassin, en y portant la main toute entière, toutes les fois qu'il y a soupçon d'étroitesse au détroit supérieur, et que la dilatation des parties molles de la génération et de l'orifice utérin permettent cette exploration. Si j'eusse suivi ce précepte, je n'aurais pas inutilement fatigué cette femme par plusieurs applications du forceps, et je ne me ferais pas maintenant le reproche d'avoir employé un instrument qui n'était point indiqué dans cette circonstance, quoique probablement cette femme eût succombé de quelque manière qu'on se fût pris pour terminer l'accouchement.

Opération césarienne.

Je vais rendre compte présentement des trois opérations césariennes que je pratiquai peu de temps après la mort des femmes. A la vérité, ces opérations ne diffèrent guères d'un ouverture de cadavre, quoiqu'on doive suivre le même procédé, et user des mêmes précautions que si c'était pour une personne vivante.

1.° La première de ces femmes mourut à l'hôpital, au huitième mois de sa grossesse, d'hydropisie de poitrine à la suite d'une fièvre quarte négligée. La section fut faite dans la ligne blanche; le fœtus qui était bien situé pour l'accouchement naturel, n'était déja plus en vie un quart-d'heure après la mort de sa mère. La matrice se contracta tellement après la mort générale, qu'après avoir retiré l'enfant par la plaie faite à la paroi antérieure de ce viscère, il ne m'était plus possible d'introduire la main par cette même plaie pour aller cher-

cher le placenta ; je pris donc le parti de l'y laisser, d'injecter la matrice pour en faire une pièce préparée, et la conserver au cabinet de la Faculté de Médecine. Dans cette préparation anatomique, je remplis parfaitement les vaisseaux de la matrice, ainsi que le parenchyme et la cellule du placenta, mais rien ne pénétra dans les vaisseaux ombilicaux du fœtus.

Non-seulement dans cette circonstance, mais aussi dans un cas plus récent, j'ai observé que la mort de l'enfant suivait de bien près celle de la mère.

2.° Je fus appelé le 4 juin 1815, à neuf heures du soir, chez *Marie-Salome Burger*, qu'on me disait être enceinte pour la première fois, et être attaquée de convulsions depuis plus de vingt-quatre heures. Cette femme venait d'expirer cinq minutes avant mon arrivée. J'appris qu'elle était enceinte de huit mois et demi, et que les convulsions pour lesquelles on avait appelé un médecin, mais qui n'était point accoucheur, avaient continué sans interruption. Le seul parti qui me restait à prendre, était de sauver le fœtus par le moyen de l'opération césarienne. C'est ce que j'exécutai sur-le-champ, en présence de M. *Maské*, officier de santé de cette ville, et de plusieurs personnes de la famille. La section ayant été faite dans la ligne blanche, l'utérus incisé et les membranes percées, je retirai le fœtus qui avait les fesses en haut et la tête en bas, et qui était placé absolument dans la position qui caractérise la première espèce des accouchemens naturels par la tête, suivant la classification de *Baudelocque*. Quoique le cadavre de cette femme fût encore tout chaud, ainsi que celui de l'enfant,

celui-ci ne donna néanmoins aucun signe de vie ; il n'y avait plus de pulsation au cordon ombilical, et les secours qu'on emploie en pareille circonstance furent administrés sans aucun succès. L'incision pratiquée dans l'utérus fournissait beaucoup de sang qui coulait en nappe. Encore dans ce cas-ci, j'observai que la matrice se contractait après qu'elle avait été vidée de son contenu ; mais je n'aperçus aucun mouvement péristaltique aux intestins qui s'échappaient par la plaie des tégumens.

On pourrait dire, à la vérité, que dans cette circonstance la mort de l'enfant avait pu être déterminée par les convulsions dont était attaquée la mère, et qu'ainsi la mort de son fruit précédait la sienne, ou du moins que ces deux morts avaient eu lieu dans le même moment. Je ne nierai pas qu'une maladie aussi grave que le sont les convulsions dans les femmes enceintes, ne puisse influer sur le produit de la conception renfermé dans la matrice : cependant j'ai vu assez souvent naître des enfans vivans et bien portans, quoique les mères eussent éprouvé, pendant la grossesse et pendant le travail, de fortes attaques d'épilepsie.

3.° J'ai eu occasion de pratiquer l'opération césarienne sur une troisième femme, qui, dans le courant de l'an 1812, vint mourir à l'hôpital après avoir offert tous les symptômes d'une rupture de la matrice. La section ayant encore été faite dans la ligne blanche, et l'enfant ayant été retiré, je trouvai, 1.° un épanchement de sang dans la région hypogastrique ; 2.° une rupture dans la partie supérieure et la paroi postérieure du vagin, ainsi que dans une

certaine étendue de la portion inférieure de la paroi postérieure de la matrice ; cette ouverture était assez large pour permettre l'introduction de la main dans la cavité du bas-ventre; une anse de l'intestin rectum s'y était engagée.

Grossesses extra-utérines.

Ce n'est pas seulement par des grossesses utérines que j'ai été appelé à pratiquer l'ouverture du bas-ventre, mais deux fois aussi pour des cas où le fœtus s'était développé dans la trompe de *Fallope*.

1.° Le premier arriva le dimanche de Pâques 1808. *Eve Conrad*, âgée de 35 ans, mariée depuis cinq ans, enceinte pour la première fois et au troisième mois de sa grossesse, sentit dans la fosse iliaque gauche une tumeur qui était douloureuse. S'étant fatiguée un jour aux travaux du ménage, elle en eut un accès de lipothymie, mais qui n'eut aucune suite. Quinze jours après, ayant commis une indiscrétion de régime, et bu du vin plus copieusement qu'à l'ordinaire, elle fut attaquée de vomissement au moment où, sortie de sa maison, elle était allée faire une visite à sa sœur qui demeurait dans un autre quartier de la ville. Ce vomissement fut accompagné de coliques extrêmement fortes. Son bas-ventre se tuméfia tout-à-coup, et cette femme mourut dans une attaque de syncope.

Le cadavre fut examiné par moi, par ordre de la justice, attendu que la mort prompte et inopinée de cette femme, jointe à quelques propos inconsidérés de son mari, avait fait suspecter ce dernier d'avoir commis le crime d'empoi-

sonnement : aussi avait-il déja été arrêté et conduit en prison.

Après avoir incisé l'abdomen qui était élevé, mais n'avait nullement changé de couleur, je trouvai les intestins baignant dans le sang. Ayant enlevé ce dernier, qui était moitié fluide et moitié coagulé, je visitai le tube alimentaire et je le fendis depuis l'insertion de l'œsophage dans l'estomac, jusqu'au colon gauche, sans rencontrer aucune trace de poison. Je nettoyai ensuite le petit bassin, qui était rempli de sang coagulé, et ayant déja reconnu, par l'introduction de la main dans cette partie du corps, quelque chose de contre-nature, je fis l'extraction des parties génitales tant internes qu'externes. Je trouvai alors la trompe de *Fallope* gauche formant une tumeur de deux pouces de long et de neuf lignes de large, et qui offrait une déchirure à sa face antérieure qui regarde le pubis. Un tissu floconneux que je reconnus bientôt pour le placenta, tel qu'il est organisé dans les premiers temps de la grossesse, était interposé entre les lèvres de la plaie. En écartant un peu ces flocons, et en les faisant nager dans l'eau claire, je trouvai d'abord que les parois de la trompe avaient une demi-ligne d'épaisseur : j'aperçus ensuite une membrane diaphane qui cachait un embryon dont je pus distinguer avec facilité toutes les parties du corps. N'osant inciser cette membrane, de crainte de voir s'échapper l'embryon qu'elle renfermait, je résolus de laisser la pièce telle qu'elle était, et de la conserver dans l'esprit-de-vin. Je fendis auparavant la matrice, qui était plus volumineuse que dans l'état de vacuité, et par cette section, je vérifiai l'asser-

tion de *Hunter*, d'après laquelle il prétend que la membrane caduque existe même dans les cas de grossesse extrà-utérine. Cette membrane, que je trouvai molle et pulpeuse, tapissait uniformément toute la surface interne de l'utérus.

Le tissu de la matrice était un peu plus ramolli et plus vasculeux, et les ligamens ronds étaient un peu plus épais que dans l'état de vacuité. Les vaisseaux spermatiques paraissaient d'un plus grand calibre, et les veines étaient gorgées de sang. L'ovaire gauche renfermait un corps jaune (*corpus luteum*), et le droit quelques vésicules remplies d'une lymphe diaphane. Le col de la matrice et le vagin étaient constitués comme dans les femmes qui n'ont jamais accouché.

2.° Une femme âgée de 39 ans, ayant été accouchée dans une première grossesse par le moyen du forceps, éprouva deux ans après, (en 1813) des symptômes qui annonçaient une seconde gestation, et parmi lesquels la cessation des règles, la tuméfaction des seins, les nausées, les vomissemens et les maux de dents furent les plus marquans. Vers la fin du troisième mois, cette femme eut une perte assez abondante, et par laquelle elle rendit en premier lieu un caillot de sang, puis du sang fluide, et enfin beaucoup de sérosité. La sage-femme l'ayant touchée, trouva la matrice d'un volume pareil à celui qu'elle doit avoir au quatrième mois de la grossesse, le col de l'utérus dans sa direction ordinaire, mais plus épais et plus ramolli. Environ un mois après la perte, cette femme se plaignit de douleurs violentes au-dessus du pubis droit, qui augmentaient graduellement, et qu'on attribua à

une indigestion. Cependant ces douleurs ayant pris le caractère de maux d'enfans, on fit venir la sage-femme le 16 août 1813, qui, après avoir touché, annonça que la matrice lui paraissait pleine, et qu'elle croyait avoir senti obscurément les membres d'un fœtus vers le côté droit de la matrice, et à travers la paroi du vagin. Obligée d'aller à la garde-robe, on descendit la femme de son lit; mais à peine l'avait-elle quitté, qu'elle eut une attaque de syncope, et qu'elle rendit beaucoup d'écume par la bouche. En même temps le bas-ventre commença à s'élever, et la face à se décolorer, ce qui fit présumer à l'accoucheuse l'existence d'une hémorragie interne. Cependant la malade reprit l'usage de ses sens; elle ne se plaignit plus de douleurs dans le bas-ventre, mais d'une sensation de brûlure dans la fosse iliaque droite qui gagnait peu-à-peu la poitrine. Bientôt la difficulté de respirer devint extrêmement grande, et ne permettait plus de garder une position horizontale; les yeux furent fixes et hagards, la salive s'écoula lentement de sa bouche, et elle expira à dix heures et demie du matin, deux heures et demie après l'arrivée de la sage-femme, qui ne l'avait pas quittée un instant, et qui m'a communiqué les détails que je viens de rapporter.

J'ouvris le cadavre le même jour, en présence de MM. *Flamant*, professeur d'accouchement à la Faculté de Médecine, et *Schweighaeuser*, docteur en médecine, et médecin-accoucheur de cette ville. Le bas-ventre, et particulièrement le petit bassin, furent trouvés pleins de sang, moitié fluide et moitié caillé. Après avoir fait de suite l'extraction des par-

ties génitales, tant internes qu'externes, et les avoir nettoyées des caillots de sang qui les couvraient, je trouvai :

1.° La matrice plus volumineuse que dans l'état de vacuité, ayant deux pouces onze lignes depuis le museau de tanche jusqu'au milieu de son fond ; deux pouces neuf lignes dans sa plus grande largeur, et deux pouces un quart d'épaisseur. L'épaisseur de ses parois était de six lignes. La cavité du col était remplie de mucus concret, semblable à du blanc-d'œuf à demi-coagulé. Le museau de tanche était parfaitement lisse et arrondi, à l'exception d'une échancrure à son côté gauche, signe d'un accouchement précédent. La longueur du col de l'utérus était de seize lignes ; les ligamens ronds étaient plus gros qu'à l'ordinaire ; enfin, la matrice offrait dans sa cavité la membrane caduque, mais dans un état de ténuité et de mollesse. Les vaisseaux rampant dans la substance de l'utérus, étaient plus gros que dans l'état de non-grossesse.

2.° L'ovaire droit offrait un grand nombre de vésicules : les unes vers la surface, les autres vers le milieu de l'organe ; les plus grandes étaient d'un diamètre de deux lignes à une ligne. Sous la membrane externe de l'ovaire, se trouvait un corps jaune, ainsi que les traces d'un second ; l'ovaire était, au reste, adhérent à la trompe de ce côté.

L'ovaire gauche avait à sa surface une vésicule remplie d'un fluide diaphane, mais que l'esprit-de-vin a coagulé ; dans l'intérieur, se trouvaient trois autres vésicules du diamètre de près de deux lignes, également remplies de lymphe. Dans le centre de cet ovaire, on aper-

cevait une cavité à parois lisses, ayant cinq lignes de diamètre dans tous les sens ; la membrane qui formait ces parois avait une demi-ligne d'épaisseur. Cette grande vésicule était remplie d'une petite portion de fibrine de sang. On remarquait encore un corps jaune dans l'épaisseur de cet ovaire, et les traces de trois autres.

3.° La trompe de *Fallope* droite était transformée en une tumeur ovoïde dont le long diamètre, dirigé transversalement, était de deux pouces quatre lignes, et le petit diamètre de vingt lignes. A la partie antérieure de cette trompe dilatée, on remarquait une rupture de dix-neuf lignes, et où se présentaient les flocons qui constituent le placenta. Les parois de la trompe n'étaient pas par-tout de la même épaisseur ; dans quelques endroits, elle était d'une ligne et demie ; dans d'autres, d'un quart de ligne. L'intérieur de ce sac ne m'a pas paru être tapissé de membrane caduque. On distinguait l'embryon à travers les membranes diaphanes de l'œuf. Il avait seize lignes de longueur, et son attitude et la direction de ses membres étaient celles qui sont ordinaires à tous les fœtus de cet âge. J'essayai de séparer le chorion d'avec l'amnios, et je trouvai par là que le premier constituait une membrane assez forte et dense. . . . . .

La trompe gauche n'offrait rien de particulier. . . . .
. . . .

. . . .
. . . .

Relevé des accouchemens qui ont eu lieu à la salle des accouchées de l'hôpital civil, et des maladies des femmes et des enfans qui y ont été traitées depuis le 22 mars 1804 jusqu'au 31 décembre 1814.

Femmes reçues à la salle.

Enceintes	712
Accouchées	387
Total	1099

Nombre des accouchemens	712
Accouchemens d'un seul enfant	693
Accouchemens de jumeaux	19
Accouchemens à terme	630
Accouchemens prématurés	67
Avortemens	16
Accouchement tardif	1

Accouchemens naturels.

Par la tête	634
Par la face	8
Par les pieds	10
Par les genoux	0
Par les fesses	10

Accouchemens artificiels.

Version	23
Forceps	20
Opération césarienne	3
Opération césarienne vaginale	1
Perforation du crâne	2
Crochets tranchans	2

Accouchées.

Sorties de l'hôpital	1037
Mortes à l'hospice	61

Enfans.

Garçons nés à l'hôpital	391
Filles nées à l'hôpital	324
Nés en ville, mais soignés à l'hôpital	296
TOTAL	1011

Sortis de l'hôpital	755
Morts-nés	75
Morts après la naissance	181

Désignation des maladies de femmes traitées à l'hôpital civil, depuis le 22 *mars* 1804, *jusqu'au* 31 *décembre* 1814.

	Guéries.	Non-guéries.	Mortes.
Fièvre continue-rémittente simple	28	0 (1)	0
Fièvre nerveuse aiguë (typhus)	26	1	18
Fièvre pétéchiale	8	0	5
Fièvre lente nerveuse	1	0	0
Fièvre puerpérale bénigne	16	0	0
Fièvre puerpérale-maligne (péritonite-puerpérale)	3	0	10
Fièvre gastrique	18	0	0
Fièvres intermittentes	62	1	0
Fièvre catarrhale	53	0	0
Rougeole	5	0	0
Miliaire des accouchées	2	0	0
Esquinancie	6	0	0
Pleurésie	8	0	2
Dysenterie	9	0	0
Rhumatisme	17	2	0
Crampes et convulsions	5	0	3
Épuisement par suite d'un travail long et laborieux	0	0	2
Hydropisie ascite	2	0	2
Maladie vénérienne	25	2	1

(1) Cette colonne renferme les maladies incurables, et celles dont la cure n'a pas été achevée dans la salle des accouchées.

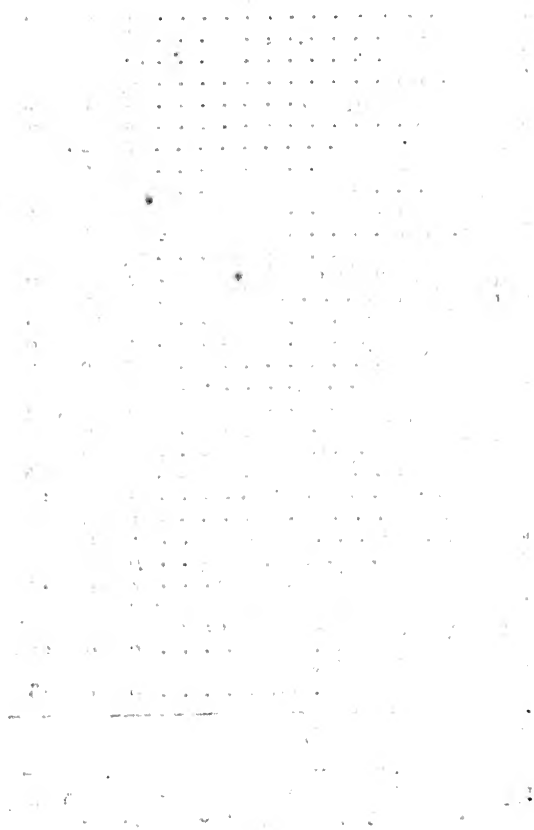
	Guéries.	Non-guéries.	Mortes.
Gale	16	0	0
Croûte laiteuse des adultes (*crusta serpiginosa*)	1	0	0
Apoplexie	0	0	3
Aliénation mentale	0	4	0
Asthme	9	2	1
Hémoptysie	2	0	0
Empyème	0	0	1
Phthysie pulmonaire	0	0	3
Cardialgie	5	0	0
Ictère	3	0	0
Diarrhée	18	0	2
Cholera-morbus	2	0	0
Melæna	1	0	0
Ver solitaire	0	1	0
Hémorroïdes	6	2	0
Descente de l'intestin rectum	3	1	0
Incontinence d'urine	1	3	0
Descente de la matrice	2	7	0
Symptômes d'avortement	7	0	0
Hémorragies utérines	18	0	0
Suppression de lochies	6	0	0
Inflammation rhumatismale de la matrice	3	0	0
Squirrhe de la matrice	2	6	0
Cancer de la matrice	0	2	0
Infiltration séreuse des parties génitales	16	0	0
Rupture du périnée	0	2	0
Inflammation et suppuration du sein	33	0	0
Crevasses et ulcération des papilles du sein	47	0	0
Inflammation blanche des extrémités inférieures des accouchées (*phlegmasia alba dolens puerperarum*)	0	0	3
Rupture des varices aux jambes	2	0	0

Désignation des maladies d'enfans, traitées à l'hôpital civil, depuis le 22 mars 1802, jusqu'au 31 décembre 1814.

	Guéries.	Non-guéries.	Morts.
Asphyxie	6	0 (1)	0
Apoplexie	24	0	0
Convulsions	16	0	42
Trismus	0	0	6
Fièvre nerveuse (typhus)	0	0	1
Petite-vérole	2	0	2
Petite-vérole bâtarde	33	0	0
Maladie vénérienne	10	0	6
Scrophules	0	4	0
Dartres	7	1	0
Teigne	0	3	0
Croûte laiteuse	13	5	0
Tumeur sanguine du cuir-chevelu	5	0	0
Ophthalmie	41	0	0
Taies à la cornée	9	12	0
Staphylôme faux	1	7	0
Aphthes	23	0	2
Catarrhe simple	24	0	0
Catarrhe suffocatif	0	0	6
Coqueluche	10	0	0
Maladie bleue	1	0	4
Vomissement	16	0	5
Diarrhée	29	0	24
Ictère	0	0	0
Carreau	1	2	14
Atrophie	0	0	23
Endurcissement du tissu cellulaire	2	2	10
Enfans morts de faiblesse dans les premières vingt-quatre heures de leur naissance	0	0	21
Enfans morts inopinément et sans cause apparente et connue	0	0	13

(1) *Voyez* la note, page 57.

Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, faubourg Saint-Germain, n.° 20.



REMARQUES

DE

M.r J.-FRÉDÉRIC LOBSTEIN,

MÉDECIN-ACCOUCHEUR EN CHEF A L'HÔPITAL CIVIL DE STRASBOURG,

Sur la Critique de ses Observations d'Accouchemens,

Insérées dans le Journal de Médecine, rédigé par M. LEROUX, mois de Novembre 1816.

LORSQUE dans le Bulletin de la Société Médicale d'Emulation, inséré dans le Journal de Médecine de M. *Leroux*, du mois de juin 1816, je publiai des ob-

servations d'accouchemens recueillies à la salle des accouchées de l'Hôpital civil de Strasbourg, je les livrai avec confiance à l'examen des hommes de l'art, et je m'attendais à ce qu'un critique sévère et impartial dissipât mes doutes, et m'indiquât mes fautes et mes erreurs. Ce service, M. le docteur *Duchâteau* a entrepris de me le rendre. Il a fait ressortir les principaux faits que renferme mon Mémoire, et dans lesquels mes principes théoriques et ma conduite au lit de travail lui paraissent encourir le blâme et la réprobation. Il me reproche de graves erreurs, de grossières méprises, une pratique vicieuse autant que dangereuse, et qui n'est en harmonie ni avec la saine doctrine, ni avec les progrès actuels de l'art.

Si je me suis décidé à soumettre de temps en temps au public le résultat de mes travaux et de mes recherches, et si pour ma propre instruction je sollicite les avis utiles que mes confrères veulent bien me donner, je n'ai pas renoncé pour cela à la faculté de répondre à mes juges, toutes les fois que leurs décisions ne me paraîtront pas suffisamment motivées. Et si le hasard voulait que la discussion tombât sur des questions du plus haut intérêt, et qu'elle roulât sur des points de doctrine qui tantôt admis et tantôt rejetés, ont toujours occupé des hommes du plus rare mérite, sans que l'opinion ait été définitivement fixée sur eux, alors loin d'avoir voulu me soustraire aux traits de la critique, je m'applaudirais de l'avoir provoquée, et d'avoir fait tourner la controverse elle-même au profit de la science et de l'humanité.

Le cas que je suppose me paraît effectivement exister en ce moment. Deux points de doctrine capitaux dans l'art des accouchemens, savoir, la conduite à tenir lorsque l'enfant présente la face, et la manière d'appliquer le forceps sur la tête du fœtus, vont particulièrement être l'objet de notre examen; et j'espère parvenir à prouver que ce n'est pas par ignorance ou par impéritie que j'ai tenu une conduite opposée à celle qui est enseignée dans plusieurs ouvrages, mais que je me suis toujours décidé d'après des motifs qu'une mûre réflexion m'avait présentés comme admissibles.

Avant d'entrer en matière, pourtant, il est nécessaire d'établir deux principes généraux propres à fixer le point de vue d'après lequel je desirerais être jugé pour cette fois-ci et pour l'avenir.

Le premier est, que tout précepte dogmatique, de quelqu'autorité qu'il parte, de quelque respect qu'il soit environné, ne peut faire loi dans l'ordre intellectuel, qu'autant que la raison en a reconnu la force et l'évidence, et que rien ne s'oppose tant à l'avancement de la science et au perfectionnement de l'art, que la soumission aveugle aux paroles du maître.

Le second est, que la science étant le patrimoine de tous ceux qui se sentent en état de la cultiver, aucune observation, aucune idée nouvelle de quelque côté qu'elle arrive, ne doit être rejetée; mais qu'il faut écouter l'avis de tous les hommes instruits qui, dans les différens pays du monde, honorent le plus leur profession, et qui, par le rang éminent qu'ils occupent dans l'opinion publique, ont le droit incon-

testable de donner leur voix dans tout procès qui serait évidemment de leur compétence.

Je vais donc, d'après ces principes, examiner les différens points de la critique, et je commence par celui qui se rapporte aux accouchemens par la face. La grande question consiste à déterminer si on doit considérer comme naturels les accouchemens dans lesquels la face de l'enfant se présente? Cette question affirmée par quelques accoucheurs, est vivement combattue et absolument niée par d'autres.

Si nous voulions remonter à l'origine de l'art et le suivre dans ses progrès successifs, nous trouverions que du temps d'*Hippocrate* on ne connaissait qu'une seule espèce d'accouchement naturel, celui où l'enfant se présente par la tête, et qu'on regardait la présence des pieds à l'orifice de la matrice comme tellement contre nature, qu'on qualifiait cet accouchement de *difficile par excellence* (*partus agrippinus*), jusqu'à ce que *Moschion*, *Aëtius* et *Paul-d'Egine* l'eussent admis comme également naturel. On reconnut sans doute bientôt que les genoux et les fesses devaient être rangés dans la même cathégorie, car on trouve dans les observateurs anciens que ces accouchemens ne leur offraient rien d'étonnant, rien qui leur parût placé hors des règles communes, probablement par la raison qu'ils les voyaient se terminer facilement pour la mère et pour l'enfant. Il en est résulté qu'on a constamment regardé et qu'on regarde encore aujourd'hui comme des cas fort naturels, ceux où les pieds, les genoux et les fesses se présentent au détroit supérieur.

Il était réservé à un accoucheur de notre nation d'avoir le premier entrevu que les positions par lesquelles l'enfant présente la face, peuvent être assimilées, quant à l'accouchement, à celles que je viens de désigner. « Il y a une sorte d'accouchement, dit l'estimable » *Paul Portal* (1), qui ne s'éloigne pas beaucoup du » naturel, quoiqu'il soit un des plus délicats et des plus » contre-nature. Dans cet accouchement, il faut que » celui ou celle qui opère ait toujours la prudence de » ne rien irriter avec ses doigts, autrement il causerait » mille fois plus de mal à la femme et à l'enfant que » l'accouchement pourrait leur en faire, *n'y ayant pas* » *plus de mystère en celui-là qu'au naturel.* Tout » ce qui peut arriver à l'enfant, c'est de souffrir et » d'avoir la face noire et tuméfiée, à cause qu'elle a » souffert de grandes violences à sa sortie, *n'arrivant* » *jamais d'autres accidens à l'égard du travail.* » Et plus loin il ajoute, (*loc. cit.*, pag. 282) : « Quand le » visage se présente le premier, il ne faut rien vio- » lenter, parce qu'il n'en arrive rien de fâcheux ni » à la mère, ni à l'enfant, ainsi que nous avons déja » dit. »

Malgré l'assertion formelle de *P. Portal*, il y eut après lui des accoucheurs qui regardèrent l'accouchement par la face comme très-contre-nature, en dépit de leur pratique et de leurs propres observations.

---

(1) Pratique des Accouchemens, soutenue d'un grand nombre d'observations. Paris, 1685, 8.°, chap. 3, p. 26.

Après avoir rapporté un cas d'accouchement très-pénible, vu l'extrême grosseur de l'enfant, et qu'il avait fallu terminer par les secours de l'art, *Lamotte* (1) s'exprime dans ses réflexions sur cette opération, de la manière suivante : « Quoique cette situation (celle de » la face) soit de soi et par elle-même naturellement » mauvaise, et qu'elle rende les accouchemens longs » et difficiles, c'est néanmoins de toutes, celle où j'ai » le moins vu périr d'enfans, n'en ayant trouvé que » deux depuis le temps que je pratique où j'aie été » obligé de me servir d'instrumens...... Je n'ai pas » même été obligé d'en retourner aucun....., à moins » que quelques complications d'accidens ne m'y aient » forcé, etc. » Ainsi dans ces accouchemens où *Lamotte* dit ne pas avoir ramené la tête à une bonne position, ni pratiqué la version, ni employé des instrumens, il faut en inférer, je pense, qu'il les a vus se terminer naturellement, et ce qui me confirme dans cette opinion, c'est qu'il ajoute : « j'ai toujours trouvé » que les douleurs étaient plus vives et plus fortes dans » un travail où l'enfant venait en cette situation (ce » qui prouve qu'il ne l'avait pas changée) que lorsqu'il » était situé autrement, et qu'elle ne finissait pour » l'ordinaire que par l'accouchement (naturel sans » doute), soit que cette situation irrite davantage les » parties de la femme, ou par une autre cause à moi » inconnue. »

---

(1) Traité complet d'accouchemens naturels, non-naturels et contre-nature ; Paris, 1721, *in*-4.°, p. 431.

Je ne disconviens pas que les accoucheurs, soit contemporains de *Lamotte*, soit postérieurs à cet homme célèbre, tels que *Mauriceau*, *Peu*, *Deventer*, *Manninghen*, *Smellie*, *Rœderer*, n'ont pas professé la même opinion. Mais cette divergence de sentiment renverse-t-elle les faits? Affaiblit-elle le résultat de l'observation et la voix de l'expérience? Je ne le pense pas. Il y a eu de tout temps des esprits sages et judicieux qui, fidèles observateurs des opérations de la nature, se sont occupés à en étudier les lois et à en tracer le mécanisme : et s'il y a eu des accoucheurs qui ne se soient pas expliqués sur cette position de l'enfant, ou qui l'aient fait d'une manière ambiguë, il en a existé et il en existe encore d'autres qui, placés sur un grand théâtre, ont profité de cette heureuse occasion pour observer la marche de l'accouchement dans les cas réguliers et naturels, irréguliers et contre nature. C'est ce qu'ont fait *Simon Zeller* et M. *L. J. Boër*, tous deux accoucheurs en chef aux hospices de la Maternité à Vienne en Autriche: ce sont eux sur-tout qui ont proclamé comme résultat de leur expérience: *que les positions dans lesquelles l'enfant présente la face peuvent être confiées aux seuls efforts de la nature, et que ces accouchemens se terminent d'une manière tout aussi naturelle que ceux par les pieds, les genoux et les fesses.* De trois mille cent cinquante-cinq accouchemens qui ont eu lieu dans la Clinique de *Zeller*, quarante-trois l'étaient par la face, qui tous ont été abandonnés aux seuls

forces de la nature (1). De quatre-vingts accouchemens par la face qui se sont présentés à M. *Boër*, dans l'espace de quelques années, il n'en a terminé qu'un seul au moyen du forceps ; les soixante-dix-neuf autres ont été abandonnés à la nature sans qu'on eût employé aucune manœuvre pour changer la position de la tête. De quatre-vingts enfans, quatre seulement étaient morts au moment de leur naissance ; aucune des mères n'avait éprouvé le moindre accident (2). Le professeur *Bakker*, de Groëningue, a vu quelquefois ces sortes d'accouchemens se terminer tout seuls, et sans aucun danger pour la mère et pour l'enfant (3). MM. *Froriep* (4) et *Siebold* (5) ont écrit dans leurs ouvrages estimés, dans le sens des professeurs de Vienne. Depuis que je suis employé à l'hôpital civil de Strasbourg, les accouchemens par la face se sont présentés neuf fois, et se sont terminés chaque fois très-naturellement.

Cependant pour combattre l'opinion que j'ai défendue dans mon Mémoire, on m'oppose l'autorité de *Baudelocque*. Puisque cet homme célèbre est devenu

---

(1) *Bemerkungen über einige gegensrande der praktischen Entbindungskunst. Wien*, 1789.

(2) *Abhandl. u. Versuche gebustshülfl. Inh.*, t. 3, p. 32.

(3) C. Van-Baalen, *Dissert. inaug. de forcip. obstet. indicat. Grœningæ*, 1816, p. 18.

(4) *Theor. u. prakt. Handb. O. Geburtsh. 5 Aufl.* 1814, §. 238.

(5) *Lehrb. der theor. Entbind.* 3 *Aufl.* 1812, §. 526.

en quelque sorte le législateur de l'art, je vais m'attacher à examiner ses préceptes avec le plus d'attention possible, et pour cela je demande d'avance pardon au lecteur des détails dans lesquels mon sujet me forcera d'entrer.

Baudelocque admet quatre positions de la face et qui en constituent autant d'espèces. Dans la première, le front est dirigé vers le pubis; dans la seconde, vers le sacrum; dans la troisième, vers le côté gauche; et dans la quatrième, vers le côté droit du bassin. Je m'arrête déja ici pour faire une première observation. D'abord je n'entrevois pas les motifs qui ont porté *Baudelocque* à changer l'ordre des espèces qu'il a adopté pour les autres régions de l'enfant; car dans toutes indistinctement, les positions les plus communes, les plus régulières, les plus faciles pour l'accouchement naturel, sont celles où la partie qui se présente est dirigée vers l'un ou l'autre côté du bassin, ce qui constitue la première et la seconde espèces; tandis que les plus rares et les plus désavantageuses pour l'accouchement naturel, savoir, celles où la partie est tournée vers le côté antérieur ou postérieur du bassin, forment la troisième et la quatrième espèces. Dans les positions de la face, c'est tout le contraire: les deux premières espèces sont ici les plus rares et les plus désavantageuses pour l'accouchement, attendu que sur 12,751 enfans, la première ne s'est offerte qu'une seule fois, et la seconde pas du tout, pendant que la troisième a eu lieu vingt-deux, et la quatrième dix-sept fois (1). Quoi qu'il

(1) Tableau des accouchemens qui se sont faits à l'hos-

en soit, il résulte des observations faites à l'hospice de la Maternité, que l'accouchement se termine dans la troisième et quatrième positions de la face (le menton à droite et le sommet à gauche, et *vice versâ*), le plus souvent sans aucun secours que ceux de la nature, le bassin étant bien conformé (1); d'où il suit qu'en vertu de sa seule direction, et indépendamment de tout accident qui vienne compliquer le travail, la position de l'enfant par la face peut permettre sur près de 13,000 cas d'accouchemens, 39 accouchemens réguliers, faciles et naturels, et un seul irrégulier, laborieux et contre-nature.

Ceci étant posé, je vais plus loin, et j'examine si les différens paragraphes du chapitre sur les positions de la face, dans l'ouvrage de *Baudelocque*, n'offrent pas une certaine versatilité de principes, et si la théorie de cet illustre praticien n'est pas en contradiction avec sa propre expérience.

D'abord dans le §. 1344 (édition de 1807), il est dit: « Les accouchemens où la face se présente doivent passer pour contre-nature, indépendamment des accidens qui peuvent rendre tels ceux où l'enfant est situé de la manière la plus avantageuse; car pour qu'ils se fassent seuls, selon le langage vulgaire, il faut que la tête soit très-petite, ou le bassin de la mère

---

pice de Maternité, depuis le 10 décembre 1791, jusqu'au 31 juillet 1806, inclusivement.

(1) Mémorial de l'art des Accouchemens, par madame *Boivin*, pag. 409, 412.

» très-large; autrement, ou sans ces conditions, ils de-
» viennent fort longs et difficiles; les enfans viennent
» avec la face tuméfiée, livide, et presque toujours
» privés de la vie ou au moment de la perdre, à cause
» de l'engorgement du cerveau. » Voilà donc décidé que ces sortes d'accouchemens sont à considérer comme contre-nature, à moins que le bassin ne soit très-large ou la tête du fœtus très-petite. Qu'entend-on par un bassin *très-large* et une *tête très-petite?* En admettant qu'il y ait seulement six lignes d'excès dans les diamètres de l'un, et trois lignes de défaut dans ceux de l'autre, on ne me reprochera certainement pas d'exagérer dans mon sens, et nous verrons néanmoins bientôt qu'il n'est pas besoin de cet excès de largeur d'un côté, et de cette diminution de l'autre, pour que ces accouchemens ne se passent très-régulièrement. Mais poursuivons : dans le §. 1345, *Baudelocque* dit :
« Lorsque la tête s'avance librement dans le bassin, ce
» qui n'a lieu que dans les troisième et quatrième posi-
» tions, *il faut laisser agir la nature*. Bientôt la face
» qui est alors placée transversalement, prend une
» autre direction; le menton se porte sous l'arcade du
» pubis, et paraît vers le haut de la vulve, tandis que
» le sommet se dirige en arrière dans la courbure du
» sacrum, et vient passer après le front sur le bord an-
» térieur du périnée; de sorte que la tête s'échappe en-
» core du bassin en n'offrant à ses diamètres que les
« plus petits des siens. *Nous avons vu quelquefois de*
» *ces sortes d'accouchemens se terminer avec une*
» *étonnante facilité.* »

Est-il permis de considérer comme *contre-nature* des accouchemens qu'on voit *se terminer avec une étonnante facilité?* Des accouchemens où la face s'engage dans le détroit supérieur, où elle traverse l'excavation du bassin, et franchit le détroit inférieur d'après de certaines lois, où elle s'astreint à une marche fixe et régulière, où le travail suit un mécanisme qu'on a pu tracer avec autant de précision que pour les autres accouchemens naturels, de tels accouchemens sont-ils réputés irréguliers et contre-nature? Mais, m'objectera-t-on, c'est seulement des bassins très-larges et des têtes très-petites, que *Baudelocque* a voulu parler dans ce paragraphe. S'il en est ainsi, pourquoi excepte-t-il de ces accouchemens si faciles et si réguliers, la première et la seconde espèces de la face? Croira-t-on que dans ces mêmes positions, *des têtes très-petites* n'auraient pas pu traverser un bassin d'une capacité ordinaire, ou des têtes d'un volume ordinaire *un bassin très-large?* Cette exception indique donc clairement, et sans laisser le moindre doute, que *Baudelocque* a entendu parler de têtes de fœtus et de bassins ordinaires, et tels qu'on les admet pour les accouchemens naturels. Cependant comme si ce célèbre accoucheur avait voulu se rétracter de ce qu'il venait d'établir d'une manière aussi formelle, il ajoute au §. suivant, (1346) : « Les obstacles qui nuisent le plus souvent à » la naissance de ces enfans qui offrent la face, les » difficultés que les femmes peuvent éprouver à s'en » délivrer seules, même dans les circonstances qui pa- » raissent le plus favorables, le danger qui les menace

» alors, semblent inviter, dans tous les cas, à leur don-
» ner quelques secours. » Tout-à-l'heure il n'y avait point d'obstacles qui compliquassent ces accouchemens, ici il s'en présente ; tout-à-l'heure les femmes étaient délivrées quelquefois avec une étonnante facilité, ici elles sont menacées de danger ; tout-à-l'heure il fallait être simple spectateur du travail d'enfant, et ici il faut aider la nature même dans les circonstances qui paraissent les plus favorables, comme le seraient sans doute celles où le bassin est ample et la tête petite. Quelle contradiction de principes et de doctrine dans trois paragraphes qui se suivent ! Un accouchement qui est déclaré contre-nature par lui-même et par son essence, dans le premier paragraphe, est abandonné à la nature dans le second. Le troisième paragraphe prescrit d'administrer des secours *dans tous les cas*, afin d'éviter le danger qui menace la mère et l'enfant ; et pourtant, malgré ce précepte si formel, *Baudelocque* livre à l'hospice de Maternité seize accouchemens par la face, aux seuls efforts de la nature, sans changer seulement tant soit peu la position de la tête, ce qu'on avait exécuté pour six autres (1). Il est vrai que sur quarante-deux accouchemens par la face, vingt ont été terminés artificiellement ; mais n'était-ce pas aussi en partie à cause de certains accidens qui compliquaient le travail ?

(1) *Voyez* le tableau cité des accouchemens qui ont eu lieu à l'hospice de Maternité. Ce tableau se trouve annexé au second volume de la dernière édition de l'ouvrage de *Baudelocque*.

J'abandonne pour le moment la route de l'observation, pour insister un peu plus long-temps sur la théorie de ces accouchemens, et pour examiner avec soin si les lois du mécanisme des accouchemens naturels permettent à ceux où la face se présente, de se terminer spontanément.

Rien en effet ne me paraît mieux satisfaire l'esprit que lorsqu'on est en état de démontrer l'accord de la théorie avec la pratique, de la raison avec l'expérience.

La première et la seconde positions de la face sont les plus rares possibles ; ainsi c'est la troisième et la quatrième qui se présentent encore quarante fois sur près de 13,000 cas d'accouchemens qui vont fixer particulièrement notre attention. Le mécanisme qu'on observe lors du passage de la tête par le bassin, étant parfaitement décrit dans le §. 1345 de l'ouvrage de *Baudelocque*, je ne veux pas le répéter ici, mais je me demande si les diamètres respectifs du bassin et de la tête permettent ce passage, en supposant des bassins réguliers, ayant leurs dimensions requises et des têtes d'un volume ordinaire ? Le diamètre oblique ou transverse du détroit supérieur est pour le moins de quatre pouces et demi ; le diamètre longitudinal de la face d'un fœtus à terme, depuis le dessous du menton jusqu'à la suture coronale, et jusqu'au milieu de la grande fontanelle, est de trois pouces et demi, ce qui fait un excédent d'un pouce pour le bassin. Mais lorsque la face s'engage dans le détroit supérieur, et qu'elle traverse l'excavation, c'est le menton qui s'avance et qui descend le premier, tandis que le front se relève ; ensorte que

le diamètre le plus long de la face n'est réellement compris qu'entre le menton et le milieu de la suture frontale, ce qui fait trois pouces et quart d'étendue. Doutera-t-on que la tête puisse passer dans cette circonstance? Craindra-t-on que, descendue dans l'excavation, elle ne puisse exécuter son mouvement de rotation faute d'espace? Admettra-t-on qu'arrivée au détroit inférieur, un diamètre de trois pouces et quart ne puisse en traverser un autre de cinq pouces?

On pourra m'objecter que je suppose seulement des cas où tout s'exécute d'après le mécanisme naturel admis pour cette sorte d'accouchement, et que je me tais sur ceux où les choses ne se font pas d'après cette loi, comme, par exemple, dans les circonstances où le front au lieu de remonter descend davantage, jusqu'à ce que la tête se présente par le vertex, ou dans lesquelles le menton en remontant laisse avancer le cou, etc.

Je n'entends parler sans doute ici que des cas naturels, c'est-à-dire, de ceux où il y a un juste rapport de dimensions entre le bassin de la femme et la tête du fœtus, et où la face *se présente bien;* car, si je voulais excepter ces mêmes cas, rien plus alors ne serait régulier et naturel dans l'art des accouchemens; les positions elles-mêmes du sommet de la tête au détroit supérieur, seraient rayées du tableau des accouchemens naturels, puisqu'il peut arriver que ce sommet s'engage mal, ou qu'il se place dans une direction vicieuse relativement au bassin. La troisième et la sixième de ces positions, qui correspondent à la première et à la se-

conde de la face, ne sont-elles pas réputées, par cela même, très-désavantageuses, et pourtant on les comprend parmi les accouchemens naturels ?

On m'accordera peut-être que lorsque la face se présente bien (ce qu'on exige d'ailleurs de toute région du corps de l'enfant, qui permet un accouchement naturel), l'accouchement peut sans crainte être abandonné aux efforts de la nature ; mais que cette position irrégulière, pour peu qu'elle dure long-temps, compromet la vie de la mère et celle du fœtus.

Quant à la première, j'avoue qu'avec la meilleure volonté du monde à trouver des inconvéniens et des désavantages aux accouchemens par la face, je ne puis rien découvrir qui puisse mettre en danger la vie de la femme, pourvu que toutefois on ne pousse pas la temporisation trop loin, et qu'on s'abstienne de ces manœuvres inconsidérées tendant à redresser la tête, comme serait, par exemple, celle de porter la main jusques sur la poitrine de l'enfant, afin de la remonter et de changer par là la position de la face. Je lis, à la vérité, dans la critique de mes observations (page 251), un tableau bien effrayant des désordres que peut causer un long arrêt de la tête dans l'excavation ; j'y apprends *que la face engagée aux deux tiers du détroit supérieur, après y avoir été stationnaire, tombe dans l'excavation du bassin ; que par le volume de la tête ou par toute autre cause elle n'avance plus, ou qu'elle arrive sur le périnée et la vulve ; qu'elle expose la femme à de graves accidens, aussi bien que les parties sexuelles, par le long séjour*

qu'elle y fera, et peut-être par la rupture de toutes ces parties, y compris l'anus au moment de sa sortie. Ces suppositions, que j'ai transcrites textuellement et qui sont si fausses, si dénuées de preuves et si vagues, qu'elles ne contenteraient pas même l'esprit le plus superficiel, cette fiction qui, loin de prétendre à quelque probabilité, n'a pas même le mérite d'être présentée avec méthode ni arrangée avec art; ces propositions incohérentes qui, débitées avec un ton d'assurance, se contredisent les unes les autres, et qui pour cela ne sont pas susceptibles d'un développement raisonné, m'ont fait regretter, je l'avoue, d'avoir commencé à répondre à une pareille critique; et si néanmoins je continue à me justifier, c'est que le plaisir d'avoir à discuter des questions que des maîtres habiles n'ont pas dédaigné de traiter, me dédommage des efforts que j'ai dû faire sur moi-même. Je vais examiner en conséquence si les craintes que des accoucheurs célèbres ont eues pour la vie du fœtus sont réellement fondées.

L'enfant, assure *Baudelocque* (*l. c.*, §. 1344), naît avec la face tuméfiée et livide, presque toujours privé de vie ou au moment de la perdre, à cause de l'engorgement du cerveau.

Les enfans naissent, à la vérité, avec la face tuméfiée et livide, pour peu que le travail se soit prolongé; mais quel danger en résulte-t-il? Pas le moindre; cette tuméfaction est la suite de l'arrêt du sang dans le système capillaire des tégumens de la face, et se dissipe au bout de quelques heures à l'instar de la tuméfaction du cuir chevelu. Prouve-t-elle un engorgement dans

le cerveau ? Il faudrait bien peu connaître la disposition anatomique des parties molles du cou, et le rapport des vaisseaux avec l'organe encéphalique, pour souscrire à cette erreur. La veine jugulaire interne et les autres veines du cou ne souffrent aucune compression de la part de l'orifice utérin, comme cela a lieu dans les accouchemens ordinaires, lorsque le sommet de la tête se présente, et que le cou de l'enfant est étranglé par l'orifice de la matrice. La position par laquelle la tête est rejetée en arrière, comme il arrive dans les accouchemens par la face, ne produit aux veines et aux artères ni plis, ni coudes, ni étranglemens; elle ne diminue en aucune façon leur lumière. J'ai fait à ce sujet des expériences au moyen de l'injection; j'ai poussé de la matière résineuse dans les veines jugulaires d'un fœtus à terme; j'ai tenu ensuite la tête pendant vingt-quatre heures dans une forte extension en arrière, au point que l'occiput et le dos se touchaient, et la dissection que j'en fis ensuite m'apprit que les veines n'avaient subi aucun changement dans leur direction ni dans leurs dimensions, et que leurs courbures et leurs flexuosités n'étaient pas même effacées : la veine jugulaire interne à son entrée dans le crâne par le trou déchiré postérieur, n'avait éprouvé aucune diminution dans son diamètre; et je suis convaincu que cette position, loin de porter des entraves au cours du sang, le favorise au contraire, parce qu'elle est dans le sens de la flexion que cette veine subit d'avant en arrière pour se continuer dans le sinus transverse de la dure-mère. Dans les neuf cas qui se sont présentés à

moi à l'hôpital, j'ai vu naître aussi quelquefois les enfans avec le visage bleu et difforme ; je leur faisais faire une petite saignée au cordon ombilical, et le lendemain il n'y paraissait plus. Voilà donc à quoi se réduit le fâcheux accident auquel on conseille de remédier, soit en ramenant la tête à une meilleure position, soit en faisant la version de l'enfant sur les pieds. On enseigne de commencer par le premier de ces moyens, et d'employer pour cela la main seule ou armée d'un levier, ce qui pourtant n'est praticable, selon *Baudelocque* (*l. c.*, §. 1349), qu'autant que la tête est encore libre sur l'entrée du bassin, ou susceptible d'y être repoussée aisément; mais alors il veut qu'on exerce cette méthode même dans la troisième et quatrième positions (*l. c.*, §. 1355, 1356), qui cependant, d'après son propre aveu, sont les plus favorables à l'accouchement naturel. Et lorsque cette manœuvre a été inutilement tentée, car on échoue plus souvent qu'on n'y réussit, au rapport de *Lamothe* (1), de *Smellie* (2) de *Barton* (3), de *Stein* (4) et de *Saxtorph* (5), il est prescrit d'avoir recours à la version. Ainsi, pour empêcher que la face s'engage dans le bassin, il faut, sans s'embarrasser si

(1) *L. c.*, t. I, p. 294; t. II, p. 787.

(2) *L. c.*, t. I, p. 299.

(3) Système nouveau et complet de l'Art des Accouchemens, §. 100 et suivans.

(4) *Pracktische Anleitung für Geburtshülfe*, §. 617.

(5) *Soc. Med. Hawn. Collect.*, vol. I, p. 371, vol. II, p. 127.

elle peut descendre naturellement ou non, introduire la main ou l'instrument, afin de corriger cette prétendue mauvaise position; et pour sauver la vie à l'enfant, dont le danger n'est rien moins que prouvé, il est absolument nécessaire de le retourner et de l'extraire par les pieds. Mais croit-on que, par ce moyen, il sera constamment sauvé? ignore-t-on que la version compromet également la vie du fœtus? ne sait-on pas, par les calculs de *Stein* (1), que la moitié des enfans périssent par cette opération? Le conseil d'ondoyer la première partie qu'on a tirée au-dehors, n'est-il pas un aveu tacite que le fœtus est, pour ainsi dire, déja dévoué à la mort? C'est aux accoucheurs véritablement praticiens qu'il faut demander si la version complète (2) de l'enfant est une opération aussi insignifiante, et à laquelle on se décide de gaîté de cœur, à la moindre occasion et sur les indications les plus équivoques, si la mère s'en trouve toujours bien, si tout se passe de la meilleure manière du monde. Et voilà comme il arrive qu'un accouchement tourne au détriment du fœtus, et quelquefois aussi de la mère, qui, si on eût attendu quelques heures de plus, se fût terminé tout naturellement.

---

(1) *Kleine Werke zur praktisch Geburtsh.* Marburg., 1798, p. 470.

(2) J'appelle, avec M. *Osiander*, version complète, celle où on est obligé de retourner l'enfant tout-à-fait pour l'amener par les pieds, et de lui faire décrire dans la matrice un cercle entier.

Il est donc démontré pour moi que les accouchemens par la face sont, d'après le langage vulgaire, parfaitement naturels ; que lorsque le bassin de la femme et la tête du fœtus ont leur capacité et leur volume ordinaires, rien ne doit s'opposer à la marche de ces accouchemens, sur-tout si le diamètre longitudinal de la face est parallèle au diamètre transverse du bassin ; que le rôle de l'accoucheur, pendant le travail, est le même que dans les autres accouchemens naturels, et que ses fonctions n'ont, à proprement parler, qu'un but prophylactique, tendant à écarter tout ce qui peut troubler cette marche. Ainsi, lorsque la face se présente bien, lorsqu'elle décrit dans sa progression les mouvemens qu'elle doit exécuter en vertu du mécanisme de cet accouchement naturel, les forces de la nature suffisent pour le terminer. Lorsqu'au contraire la face ne se présente pas bien, qu'elle s'engage mal dans le bassin, que le menton, au lieu de descendre, se releve vers la poitrine pour laisser avancer le vertex, alors ce cas d'accouchement rentre absolument dans la classe de ceux où le sommet de la tête, les pieds, les genoux et les fesses se présentent dans une mauvaise direction, et que ces accouchemens, tout naturels qu'ils sont d'ailleurs, s'écartent de leur mécanisme et réclament les secours de l'art. Ces secours, pour les accouchemens par la face, ont été suffisamment indiqués par les accoucheurs : le premier consiste à ramener la tête à une position plus avantageuse. On craint que ce moyen ne soit plus praticable dès qu'une fois la face s'est engagée dans le détroit

supérieur, ou qu'elle est arrivée dans l'excavation du bassin. Je veux admettre qu'avec la main seule on n'atteindra plus le but que l'on se propose; mais rien ne doit empêcher l'application du levier. Depuis 1753 que cet instrument a été rendu public, et que son usage a été restreint aux seuls cas dans lesquels il s'agit de changer la position de la tête, il a constamment été employé dans l'excavation du bassin par une foule d'accoucheurs; or s'il n'avait pas soutenu sa réputation, l'employerait-on encore aujourd'hui? en parlerait-on encore? Mais en supposant même que son application ait été tentée sans succès, ne nous reste-t-il pas les secours du forceps? N'a-t-on pas mis expressément au nombre des cas qui réclament l'emploi de cet instrument, ceux où la face de l'enfant se présente? Et *Baudelocque* n'a-t-il pas clairement décrit la manière de s'en servir?

Il peut arriver que la face s'écarte dans un autre sens de la bonne direction dans laquelle elle s'était présentée d'abord; que le menton s'éloigne du cou, et que cette partie ait une plus grande tendance à s'engager. Ce cas ne peut avoir lieu que lorsque la face est sur le point de descendre dans le détroit supérieur. Alors j'estime que la version est indiquée. Quant aux positions extrêmement rares où la face est placée dans la direction du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, la théorie me démontre que l'accouchement peut encore avoir lieu naturellement, pourvu qu'il y ait un juste rapport entre le bassin et la tête. Dans le cas contraire, il arrivera ce qui a lieu pour la troi-

sième et la sixième positions du sommet, qui, au rapport de *Baudelocque* (§. 672), sont également très-désavantageuses et même mauvaises. Et si alors l'accouchement n'avançait pas, on aura recours, pour le terminer, aux mêmes moyens qu'on a recommandés pour les semblables positions du sommet.

On peut donc dire que, relativement aux accouchemens par la face, deux principales opinions ont été soutenues par les accoucheurs. Par la première, on établit : que ces accouchemens sont essentiellement contre nature, et que si néanmoins ils se terminent sans aucuns secours de l'art, ce ne sont que des exceptions à la règle. Par la seconde, on admet : que ces accouchemens sont, par leur caractère et leur essence, des accouchemens naturels, et que si on les voit devenir longs et pénibles, ce sont des cas particuliers qui n'infirment pas la règle générale.

Mes réflexions et mon expérience m'ont rendu partisan de cette dernière opinion.

Je vais aborder maintenant la seconde question principale à laquelle je me suis engagé à répondre, et qui a pour objet la manière d'appliquer le forceps. On me fait le reproche le plus amer sur la méthode que j'ai dit avoir souvent suivie, et qui consiste à appliquer le forceps toujours de la même manière relativement au bassin, et quelle que soit la région de la tête qu'il embrasse et qu'il comprime. C'est à cette mauvaise pratique qu'on attribue l'issue malheureuse que j'ai vue arriver dans les cas que j'ai cités.

Encore ici je suis obligé d'entrer dans des détails

historiques, afin de mettre la question dans son véritable point de vue, et de rendre ma justification aussi complète que possible.

J'apprends dans la critique de mes observations (pag. 259), que le principe que j'ai suivi a été rejeté depuis plus d'un demi-siècle, et qu'on lui a substitué la méthode qui est en usage aujourd'hui, et qui consiste à appliquer les branches du forceps seulement sur les côtés de la tête. Cette correction dans le manuel de l'opération est même tellement importante aux yeux de ses partisans, qu'elle fait, pour ainsi dire, époque dans les annales de l'art, et que celui qui aurait la témérité de s'en écarter, se couvrirait de honte, et ne pourrait manquer de faire de nombreuses victimes.

Puisque le procédé usité aujourd'hui a si avantageusement remplacé celui qu'on suivait auparavant, il est intéressant d'examiner sur quelles bases il est appuyé. Pour cela, je vais communiquer les raisons que les accoucheurs ont alléguées en sa faveur, en commençant par les plus modernes, et en rétrogradant successivement vers les époques antérieures à celle d'aujourd'hui.

J'ouvre donc le livre de M. *Maygrier*, et à l'article du forceps (1), je trouve : que son application ne doit se faire que sur les parties ou régions temporales de l'enfant : que ce précepte est de rigueur, et qu'un seul cas établit excep-

---

(1) Nouveaux Elémens de la science et de l'art des accouchemens; Paris, 1817; p. 386.

tion ; que c'est celui où la tête étant retenue au détroit supérieur par son diamètre pariétal, les branches ne peuvent être placées autrement que sur la face et l'occiput ; qu'ainsi saisie, on doit la tirer dans l'excavation, ôter ensuite les cuillers, les réintroduire et les appliquer plus convenablement. L'introduction répétée des branches est, suivant cet accoucheur, moins défavorable à la mère, que ne le serait au fœtus la pression exercée sur sa face, attendu que celle-ci pourrait en être souvent meurtrie et défigurée (1). M. *Maygrier* ne donne pas d'autres raisons pour l'application exclusive du forceps sur les côtés de la tête, quoique entre la face, l'occiput et les régions temporales, il y ait encore d'autres points de sa circonférence qui pourraient recevoir les cuillers de cet instrument.

Dans l'ouvrage de madame *Boivin* (2), il est dit que généralement les branches du forceps doivent se trouver appliquées de chaque côté de la tête, et selon sa plus grande longueur, etc. Comme cet ouvrage se borne à retracer purement et simplement les points dogmatiques de la science sans les discuter, je ne me suis pas attendu non plus à y trouver exposés les motifs de cette manœuvre.

Je consulte en conséquence M. *Capuron* pour m'éclairer sur l'indispensable nécessité d'appliquer les branches du forceps sur les côtés de la tête, et je lis

---

(1) *L. c.*, p. 394, 395.
(2) *L. c.*, p. 219.

dans son ouvrage (1) « qu'il suffit de jeter un coup-» d'œil sur les deux courbures de l'instrument pour » juger qu'elles ne sont propres qu'à saisir ou embras-» ser cette partie depuis l'occiput jusqu'au menton, » en passant sur les régions temporales. » Cette raison qui est fondée seulement sur la forme donnée à l'instrument, et qui ne porte pas sur les dangers que peuvent courir la mère et l'enfant, ne me paraît pas assez forte pour que je m'y arrête plus long-temps. Il est vrai que M. *Capuron* dit plus loin (2) : « *que le salut du* » *fœtus serait évidemment compromis*, si les bran-» ches du forceps étaient appliquées sur la face et sur » l'occiput » ; mais comme il ne s'étend pas davantage là-dessus, on ne sait pas comment il l'entend et comment il explique la mort de l'enfant, par une compression suivant le diamètre occipito-frontal de sa tête.

J'ai donc recours à M. *Gardien*, qui me dit également, et avant M. *Capuron* (3), *que la forme et les dimensions de l'instrument indiquent suffisamment que les branches doivent être appliquées sur les côtés de la tête.* Il me reste à demander par quelles considérations fondées sur le salut de l'enfant ou celui de la mère on a été conduit à accorder aux régions temporales la préro-

(1) Cours théorique et pratique d'accouchemens ; Paris, 1811, p. 535.

(2) *L. c.*, p. 578.

(3) *Gardien*, Traité d'Accouchemens, des maladies de femmes, etc. ; Paris, 1807 ; p. 544.

gative d'être seules saisies par les cuillers de l'instrument, à l'exclusion des autres régions. Ce n'est pas que je n'entrevoie des raisons qui militent en faveur de cette méthode ; mais j'aurais desiré qu'on m'en eût articulé dans une question aussi importante, attendu que celle tirée de la forme de l'instrument ne me satisfait nullement.

Dans cette incertitude, il n'y a pas de meilleur parti à prendre que de s'adresser directement à *Baudelocque ;* car dans un ouvrage où rien n'est oublié de ce qui a rapport à la pratique, où la manœuvre la plus minutieuse en fait d'accouchement est chaque fois motivée, où les avantages et les inconvéniens des différentes opérations sont chaque fois posés avec une scrupuleuse exactitude, on doit s'attendre, à bon droit, à avoir tous ses doutes éclaircis. Je vois en effet que *Baudelocque* veut traiter cette question à fond, car il dit (1) : « la plupart des accoucheurs ne connaissent » encore aujourd'hui qu'une seule manière d'appliquer » le forceps, mais très-différente de celle que nous » venons d'exposer. C'est d'insinuer les branches sur » les côtés du bassin, sans avoir égard à la situation » de la tête ; de sorte qu'une d'elles se trouve quelque- » fois appliquée sur le front et l'autre sur l'occiput, » d'autrefois sur les oreilles, ou bien de manière » qu'elles embrassent la tête diagonalement selon sa » longueur, c'est-à-dire, du côté du front et de la » face à l'autre côté de l'occiput. » *Baudelocque* ajoute qu'au §. 1760, il avait fait remarquer que les deux

(1) *L. c.*, §. 1764 ; édit. de 1807.

branches de cet instrument devaient toujours être placées sur les côtés de la tête. C'est donc à ce paragraphe qu'il faut revenir pour connaître la théorie de cet habile maître : c'est-là qu'il aura démontré le vice de l'autre méthode et les avantages de celle qu'il adopte. Je lis ce paragraphe et j'y trouve les paroles suivantes : « les branches du forceps » doivent toujours être appliquées sur les côtés de la » tête ; s'il y a des exceptions à cette règle, elles » sont en très-petit nombre, et nous les ferons con- » naître par la suite. » Me voilà donc singulièrement déçu. Un précepte aussi important, un changement aussi essentiel introduit dans une manœuvre qui avait été suivie jusqu'alors au détriment des mères et des enfans, n'aurait dû, à mon avis, être présenté à l'esprit du lecteur qu'entouré de tous les motifs et de toutes les preuves capables d'entraîner la conviction et de persuader les plus incrédules ; tandis que isolé comme il l'est, sans accessoires, sans considérations préliminaires, sans discussion, établi pour ainsi dire d'autorité, énoncé dans des termes péremptoires, il aurait dû déja par cela même paraître un peu suspect à la raison. Qu'en est-il arrivé ? Qu'on a commencé à douter, et qu'en Allemagne on a soumis à un nouvel examen la doctrine professée par *Baudelocque*. Et puisque cet illustre praticien n'a pas suffisamment développé dans son ouvrage classique les motifs de son procédé, et que *Levret*, quoique l'ayant déja admis, ne se soit pas expliqué davantage, il a fallu remonter plus haut dans l'ordre chronologique, et recueillir dans

d'autres écrits les raisons qui parlent en sa faveur. Voici en conséquence ce que *Smellie* dit à ce sujet (1) : « Il faut toujours, autant que possible, introduire et » glisser les branches du forceps le long des oreilles ; » par ce moyen on les approche plus près l'une de » l'autre, on leur donne plus de prise et elles blessent » moins la tête qu'en tout autre sens ; souvent même » il ne reste pas la moindre marque dans l'endroit où » on les a appliquées, au lieu que quand on les ap- » plique sur le front et sur l'occiput, elles sont bien » plus écartées les unes des autres, elles demandent » plus de place ; leurs pointes blessent souvent les os » du crâne, et coureut risque de déchirer l'orifice ex- » terne de la femme. » Ce précepte fut admis par *Solayrès* (2), de qui le reçut *Baudelocque*, qui donna à cette méthode plus d'extension, en lui ajoutant la manœuvre de la rotation de la tête, dans la vue d'assimiler l'accouchement par le forceps au mécanisme de l'accouchement naturel. Si l'on pousse plus loin les recherches historiques, on trouve que dans le fond le précepte de *Smellie* est très-ancien ; qu'il remonte jusqu'à *Palfyn*, qui, quoique se servant de deux leviers séparés et non réunis, conseillait de les placer sur les côtés de la tête. Lorsque dans la suite le forceps fut

---

(1) Traité de la théorie et de la pratique des accouchemens ; traduit de l'anglais par *Préville*. Paris, 1754, t. I, p. 277.

(2) *Elem. art. obstet.* Monsp., 1765.

perfectionné, cette méthode fut constamment mise en usage par *Chapman*, *Menard*, *Schlichting*, *Bing*, *de Wind*, *Burton*, *Johnson*, *Fried*, *Van der Laer*, *Levret*, *Coutouly*, *Osborne* et *Denman* (1). D'où il suit que la méthode de *Baudelocque* et de ses disciples est véritablement le premier et l'ancien précepte transmis et propagé par les premiers maîtres de l'art; et que ce n'est qu'en ignorant les faits qu'on a pu dire dans la critique de mes observations *qu'il a été rejeté depuis plus d'un demi-siècle*, tandis qu'au contraire il a été attaqué depuis le même espace de temps. *Deleurye* était le premier auteur qui se fût élevé contre lui; et à la même époque *Stein* (2), en Allemagne, critiqua très-fortement la manœuvre par laquelle on fait exécuter à la tête, au moyen du forceps, une rotation, dans la vue de faciliter son passage à travers le bassin. Plus tard, *Osiander*, à Gœttingen (3), renouvela les mêmes objections, et ce qu'il y a de particulier, c'est que *Baudelocque* lui-même ne suivait pas sa propre méthode dans de certaines occasions, comme je le ferai voir bientôt. Ensuite *Saxtorph*, à Co-

---

(1) *Mulder, Litterarische und kritische Geschichte der Zangen und Hebel : a. d. lat. mit. anmerck. von* Schlegel; Leipzig., 1798; *in*-8.°, §. 10, 42.

(2) *Prakt. Anlect. z. Geburtsh.* Marburg., 1793, §. 757.

(3) *Lehrb. d. Entbindungsk.* 1 *Theill*, §. 325.

penhague (1), *Weidmann*, à Mayence (2), et *Reichter*, à Moscou (3), en ont fait l'objet d'un examen approfondi.

Je vais réunir ici collectivement les objections que ces hommes ont faites contre l'ancienne méthode d'appliquer le forceps corrigée par *Baudelocque*.

La remarque de *Smellie*, disent-ils, concernant le grand écartement entre les manches du forceps si les cuillers embrassent la tête suivant son grand diamètre, est une bien faible objection : il faudrait que l'accoucheur eût la main très-petite s'il ne pouvait saisir et embrasser l'extrémité des branches dont l'écartement, dans ce cas, n'est que de dix-huit lignes. Un reproche qui, au premier coup-d'œil, paraît plus fondé, est que la tête ne peut être trop bien saisie par le front et par l'occiput, attendu que ces deux points opposés ne présentent pas aux cuillers une surface suffisamment étendue. Mais cette objection ne pourrait être de quelque valeur tout au plus que dans les cas très-rares d'enclavement, dans lesquels il faut employer une force considérable pour ébranler la tête et pour la tirer au dehors ; dans les cas ordinaires la manière dont elle est prise permet des attractions plus que suffisantes, et la

---

(1) *De usu forcip. ejusque in sit. fac. later. appl. mod. Societ. Med. Hafn. Collect.*, vol. I, p. 292.

(2) *Respons. in quæst. Tolosanam : utrem forcip. us. in art. obstet. uter. sit an noc.* Magunt. 1806.

(3) *Synopsis prax. med. obstet.* Mosc., 1810, cap. 99.

convexité du front et celle de l'occiput offrent un point d'appui solide aux cuillers de l'instrument.

Quant aux positions obliques de la tête, la possibilité de la saisir dans le sens diagonal ne s'est pas confirmée par l'observation dans les cas où la tête reste long-temps au passage, et où elle est serrée par le cercle osseux soit du détroit, soit de l'excavation, elle se moule sur le bassin et en prend la forme, au point que des parties de la tête qui ne sont pas parallèles dans l'état ordinaire, et lorsque cette partie du fœtus a toute sa liberté, le deviennent par l'effet de la pression que les côtés parallèles du bassin exercent sur elle; ce qui fait que lorsque ces têtes sortent du détroit inférieur sans s'y arrêter long-temps, elles sont tellement figurées en venant au monde, que les points opposés au diamètre oblique sont semblables entre eux par leur convexité et leur forme, et permettent conséquemment une juste application des branches du forceps, leur croisement et leur réunion; et c'est réellement une erreur de croire qu'on ne puisse les écrouer, attendu que l'observation démontre tous les jours le contraire. *Baudelocque* n'a-t-il pas terminé des accouchemens après avoir saisi la tête dans le sens de la diagonale (1)? Suit-on une méthode différente dans une grande partie de l'Europe, comme en Allemagne, en Hollande, en Dannemarck, en Russie, et se plaint-on de ce que par elle les enfans soient sacrifiés? Que

(1) *L. c.*, §. 1792.

risquent en effet ces derniers ? rien moins que leur salut, répond M. *Capuron*; mais pourquoi et comment ? Pour prouver ce point d'une manière à ne laisser aucun subterfuge aux plus incrédules, il faudrait établir et résoudre deux questions : 1.° la tête de l'enfant saisie dans une toute autre direction que celle du diamètre transversal peut-elle être blessée à ses parties molles, telles que les tégumens du crâne, la peau de la face, etc., par la compression qu'on est obligé d'exercer avec les cuillers de l'instrument ? 2.° Cette compression est-elle funeste au cerveau ?

Dans le premier cas, il peut en résulter sans contredit des contusions et des écorchures ; c'est une chose désagréable sans doute, mais qu'on a aussi beaucoup exagérée, et qui certainement ne peut balancer les avantages qu'on attribue à cette méthode et que j'aurai soin d'indiquer. Les lésions ne se réduisent au reste qu'à des ecchymoses, à des impressions qui retracent le contour des cuillers, et disparaissent ordinairement au bout de quelques jours. Je sais bien que c'est particulièrement l'œil qu'on croit en danger par la compression de la part d'une branche de l'instrument ; mais à moins que de partager les idées du vulgaire qui croit l'œil perdu dès qu'il aperçoit une égratignure à la paupière, je ne sais s'il faut être bien versé dans l'anatomie de la face pour pouvoir apprécier une objection aussi insignifiante. Pour peu qu'on ait examiné à l'extérieur la structure de l'orbite et ses rapports avec l'œil, on doit être convaincu que l'arcade surcilière, la racine du nez et l'os zygomatique forment autour du globe de

l'œil un rempart si solide, que cet organe est en effet mieux protégé que le cerveau ne l'est dans sa boîte osseuse, et qu'il est de toute impossibilité de l'écraser et de le blesser, quand même on en aurait l'intention, puisque la concâvité des cuillers est couchée à plât sur la saillie de ce rebord osseux. *Saxtorph* (1) a très-bien discuté ce point, et en examinant les différens rapports possibles dans lesquels l'orbite peut se trouver avec l'instrument, il a démontré l'absurdité de l'objection qu'on en a faite.

Voyons maintenant la seconde supposition qu'on pourrait indiquer comme une source de danger pour la vie du fœtus; savoir, la compression du cerveau.

D'abord les adversaires de l'opinion de *Smellie* et de *Baudelocque* pourraient demander avec raison qu'on démontre ce danger et qu'on en explique, pour ainsi dire, le mécanisme. Ils pourraient demander qu'on indiquât comment une compression du crâne suivant sa longueur ou suivant sa diagonale, compromet davantage l'intégrité de l'organe qu'il renferme. On conçoit, par exemple, que par une compression du cerveau dans le sens de sa largeur, les deux hémisphères de cet organe sont rapprochés l'un de l'autre; que la cavité des ventricules est un peu diminuée dans le sens du diamètre transversal, que les commissures et le corps calleux sont relâchés sans que l'enfant en souffre; mais je ne connais aucune expérience phy-

(1) *L. c.*, p. 293, 294.

siologique qui prouve qu'une pression du cerveau dans le sens du diamètre oblique, ou de l'antéro-postérieur, soit une cause de mort pour le fœtus. Sans doute qu'une fracture du crâne avec enfoncement ne peut être qu'un funeste accident pour l'enfant; mais y a-t-il des raisons tirées de la structure des organes d'après lesquelles on soit forcé d'admettre que, comprimée par sa longueur ou par sa diagonale, la tête se fracture plus facilement que lorsqu'elle est prise par les côtés? Alors j'attends qu'on me les fournisse. En attendant, il est prouvé par les expériences de *Saxtorph*, qu'une compression de l'occiput au front diminue également le diamètre antéro-postérieur et réduit le volume de la tête ; et il me semble qu'il résulte encore de ces diverses explications, que les adversaires de la doctrine de *Baudelocque* admettent aussi les positions obliques de la tête dans le bassin, mais qu'ils ne leur attachent pas cette grande importance qu'on leur attribue relativement à l'application du forceps. J'ai souvent saisi la tête dans le sens de son diamètre oblique, et je puis assurer que jamais je n'en ai vu arriver de mal; les enfans et les mères vivent encore, quoiqu'il se soit déja passé plusieurs années depuis que les accouchemens ont eu lieu; je ne sais si les suites de ma mauvaise manœuvre ne se manifesteront pas plus tard, mais le fait est, que jusqu'actuellement ces individus se portent très-bien.

Cependant, ce n'est pas à la réfutation des motifs allégués par les défenseurs de la méthode de *Baudelocque*, que se sont bornés ses antagonistes; ils se sont encore livrés à d'autres considérations.

Le plus grand avantage, ont-ils dit, du forceps courbe, est de répondre exactement à la ligne que décrit le canal osseux du bassin depuis son entrée jusqu'à sa sortie, et il est bien plus important de rendre le forceps parallèle à l'axe courbe du bassin, que de rompre ce parallélisme, en se laissant uniquement diriger d'après la position de la tête et par la crainte chimérique du danger qu'elle court si elle était saisie autrement que par ses côtés. Appliquer l'instrument de façon à ce que la concavité de la nouvelle courbure réponde à un des côtés, et la convexité à l'autre côté du bassin, ce serait retomber dans les entraves et les inconvéniens du forceps droit, si justement proscrit par *Levret* et par *Smellie*.

Les accouchemens par le forceps, ont-ils ajouté ensuite, sont de deux sortes : ou faciles à pratiquer, ou longs, difficiles et laborieux dans leur exécution. Dans ceux-ci, il y a ordinairement un défaut de rapport entre la tête et le bassin, ou un bassin irrégulier, qui occasionne, soit un arrêt de la tête, soit un enclavement dans cette partie. Dans ceux-là, au contraire, la tête n'est ni serrée, ni arrêtée par un obstacle mécanique; mais le travail languit par défaut de forces, ou il est compliqué d'accidens qui compromettent la vie de la mère ou celle du fœtus.

Lorsque l'accouchement appartient à la première de ces deux espèces, il est prescrit de saisir non-seulement la tête par ses côtés et de la comprimer dans ce sens, mais encore de la rouler sur son axe toutes les fois que sa position respectivement au bassin exige cette rotation.

Or voilà déja ce qu'il est impossible d'exécuter dans certaines circonstances, et *Baudelocque* lui-même est forcé d'enfreindre la loi qu'il a établie, tant pour les têtes enclavées transversalement au détroit supérieur (1), que pour certaines positions diagonales de la tête dans l'excavation du bassin. L'article dans lequel *Baudelocque* s'explique sur ces derniers cas d'accouchemens est très-curieux ; le voici (2) : « Il y a des » cas où on ne peut pas absolument rouler la tête de » cette manière, et dans lesquels il serait même dan- » gereux non de le tenter avec ménagement, mais de » s'obstiner à vouloir le faire en y employant beau- » coup de force ; ces cas sont excessivement rares, » et nous ne les avons rencontrés au plus que sept à » huit fois. Chez plusieurs de ces femmes, nous avons » vu sortir la tête après un travail très-long, dans une » situation diagonale à l'égard du détroit inférieur ; et » chez les autres, nous l'avons extraite avec le forceps » dans une pareille position, après avoir essayé de les » rouler et de ramener l'occiput sous le pubis. . . . . . . » Quand on ne peut rouler la tête pour amener l'oc- » ciput sous l'arcade du pubis, il faut donc l'extraire » dans la position diagonale où elle se trouve ; comme » elle éprouve alors plus de difficulté à franchir le dé- » troit inférieur, on agit plus lentement et on y em- » ploie plus de force. » (*Baudelocque* ne dit pas que tous ces enfans aient été sacrifiés par cette méthode).

Voilà donc déja deux cas très-difficiles où il est per-

(1) *L. c.*, §. 1838, 1839.

(2) §. 1792.

mis de s'écarter de la méthode usitée actuellement ; et il est curieux de remarquer que ces cas, qui se rapportent aux positions transversales et obliques de la tête, sont précisément les seules exceptions à la règle, et pour lesquelles on conteste l'utilité de la méthode de *Baudelocque*. Mais après tout, est-il donc si facile de promener la cuiller du forceps dans les parties génitales? Croit-on que cette manœuvre s'exécute sans que la femme en souffre? sur-tout quand la tête a déja resté long-temps au passage, et que les parois du vagin et de la matrice ont été tuméfiées, irritées et dans un état voisin de l'inflammation? Et en introduisant, par exemple, les branches du forceps sur les côtés du bassin, pour les ramener ensuite derrière le pubis et devant le sacrum, pense-t-on qu'on ne sera pas arrêté plus d'une fois dans ce voyage? J'ai avoué moi-même que la méthode de *Baudelocque* me paraissait plus naturelle, par la raison qu'elle tendait à imiter le mécanisme de l'accouchement naturel; je conviens aussi l'avoir plusieurs fois répétée; elle me réussissait parfaitement sur le mannequin; mais sur la femme en travail, c'était autre chose; car chaque fois j'avais à lutter contre de grands obstacles. Tantôt c'étaient des plis du vagin qu'il fallait effacer, tantôt j'étais arrêté par ceux du cuir chevelu, tantôt les contractions de la matrice provoquées par le frottement inévitable de la part des cuillers me forçaient de suspendre l'opération, tantôt le menton, tantôt le nez du fœtus, tantôt la saillie du sacrum m'empêchaient d'avancer, jusqu'à ce qu'enfin par des petites manœuvres répétées des branches en haut et en bas, en dedans et en de-

hors, à droite et à gauche, je fusse arrivé au point desiré et qu'après un travail de 20 minutes au plus je pusse les croiser et les réunir. On dira sans doute que la faute en était à mon inhabileté et à ma gaucherie ; je le veux bien.

En supposant maintenant la seconde classe d'accouchemens par le forceps, savoir, ceux où l'emploi de cet instrument est indiqué par des accidens dangereux qui compliquent le travail sans qu'il y ait défaut de proportion entre le bassin et la tête, l'application des branches sur les oreilles du fœtus est à la vérité plus facile, mais moins nécessaire, par la raison que la tête passe mieux par le bassin sans s'astreindre aux mouvemens de rotation. D'ailleurs ces mêmes accidens exigent impérieusement la prompte délivrance, et si c'est pour des hémorrhagies, des convulsions, des syncopes, la compression du cordon ombilical, etc., qu'on a employé l'instrument, la femme et l'enfant ont le temps de mourir deux fois avant que les branches soient arrivées au lieu de leur destination.

Pour terminer cette discussion, je crois devoir laisser parler les auteurs dont j'ai entrepris de faire connaître la doctrine. Voici, en conséquence, comment s'énonce *Saxtorph* (1) :

« *Ego quidem ipse eamdem regulam quamdam ob-*
» *servans dicta methodo usus sum, donec difficulta-*
» *tum plurimarum et malorum quæ hanc methodum*
» *semper sequebantur pertæsus, aliam tentare ausus*
» *sum minoribus periculis et molestiis stipatam,*

(1) *L. c.*, p. 292.

» *cujus per plures annos institutæ nullum adhuc*
» *vidi matri aut fœtui eventum sinistrum.... Tutiùs*
» *nempè et multo faciliùs agit forceps in omni situ*
» *capitis prope exitum pelvis inclavati, quando rite*
» *indicatur illius usus, si ad latera pelvis semper*
» *inferatur instrumentum, ad quamcunque etiam*
» *plagam facies obvertatur...... Nunquam suaderem*
» *situs capitis mutationem forcipis ope* (1)....... *Me-*
» *thodum quam propono simplicissimam esse et per*
» *longam experientiam mihi amicam multis exem-*
» *plis probare potero* (2). »

M. *Richter*, de Moscou, dit, à l'occasion de cette opinion (3) : « *Celeberrimi ac experientissimi* Saxtorph
» *annuo opinioni, forcipis brachia lateralitèr tan-*
» *tùm ad directionem diametri majoris pelvis appli-*
» *canda esse, nunquam vero ad directionem conju-*
» *gatæ, etiamsi contigerit eo ipso tangere immediate*
» *faciem infantis.* »

Les objections que le célèbre M. *Weidmann* a faites contre la méthode de *Baudelocque*, sont renfermés dans les passages suivans (4) : « *Experientiæ quam*
» *ab aliis susceptam hâc de re relatamque habui,*
» *non omnimo fisus, è scholis egressus et proprii*
» *exercitii facultatem nactus, protinùs ipse ego ex-*
» *periri intentus sum, an validum præceptum illud*
» *et inferendum communi usui esse arbitrandum sit?*

---

(1) *L. c.*, p. 296.
(2) *L. c.*, p. 296.
(3) *L. c.*, p. 273.
(4) *L. c.*, p. 30, 31.

» Video succedere mihi quandoque id versionis, » sæpius tamen non succedere; succedere in faci- » liori forcipis casu, non succedere in difficiliori- » bus; succedere in casibus quibus successu minus » indigerem, non succedere ob pejora impedimenta » magis indigenti. An quod omnem quem potuissem » in circumagendo fætûs capite, vim quâ opus sit, » non exhauserim? Majorem vero insumendi teme- » rarium et anceps mihi videbatur. An animo for- » tasse ac dexteritate perseverantiâque non value- » rim, quibus de successu gavisus fuissem? Integer- » rimarum tamen scholarum institutione usus, exer- » citio artis copioso, nec postremæ famæ invalui, » quo infracto satis animo, nec ignarus aut ineptus » manu videar. Horum vero si arguor, numquid alii » et multi arguendi sint mecum, quibus disciplinæ » et usus non tam, quam mihi ampla occasio fuit? » Quæ porro ratio esset, cur alii plurimi et sagaces » ab illa methodo alfabre ita compositæ absunt?

» Itaque cum emolumentis istius methodi in faci- » liori casu carere ex arbitrio possimus, nam et obs- » tetricantium plurimi eam omittunt: cum in diffi- » cilioribus iis carendum sit ob impossibilitatem: » cum et magna sæpe difficultas subsit dignos- » cendi veram situs capitis rationem, quo tumulen- » tissimis minus peritorum erroribus proclivis et » frequens occasio datur; cum saltem illa methodus » dexteritatis et perspicaciæ plus exigit, quàm » ut ei par esse turba obstetricantium possit: cum » pelvis, bene licet conformata, formæ tamen, quam » non semper desiramus, variæ sit: cum fætus caput

» *non accepta solum ex mento in occiput directione,*
» *sed et aliis compingi et formæ suæ mutationem,*
» *ægriùs quidem admitterè sciamus, in quam versio*
» *ista iniqua sit, saltem congruere his omnibus*
» *posse non tutum habeatur, præceptum illud dimit-*
» *tendum esse ratus sum, neque id omittenti occasio*
» *pænitentiæ mihi unquàm obtulit se. Nunc pro lege*
» *habeo, forcipem summis suis lateribus in latera*
» *pelveos ingerendi, caputque fœtus, ut se offert,*
» *acceptum adducendi, ne dum arguto nimium arti-*
» *ficio cavere alterutri extendam, utrisque nocendi*
» *periculum adeatur. Meliora fortassè hâc de re fu-*
» *turum tempus dabit.* »

Que conclure de toutes ces considérations? Quelles inductions et quelles conséquences pourra-t-on en tirer; faudra-t-il les rejeter comme indignes de toute attention? Devra-t-on les condamner sans examen; Dira-t-on que la théorie de l'art étant fixée sur ce point, aucune objection nouvelle ne pourra désormais être admise? Que l'Ecole ayant définitivement prononcé, il n'est plus possible de revenir sur ses décisions? Pourtant l'histoire de l'art nous apprend que jamais on n'a hésité de soumettre à un nouvel examen, des préceptes et des méthodes qui avaient été convertis en lois. *A. Paré* avait-il craint de faire revivre la version de l'enfant sur les pieds, qui avant lui avait été généralement proscrite? A-t-on fait difficulté d'attaquer les idées de *Levret*, sur la culbute, sur les obliquités de la matrice produites par l'attache du placenta, sur les accouchemens laborieux par briéveté du cordon ombilical, et ses préceptes sur l'application du forceps? Et

aujourd'hui, aujourd'hui même, n'est-on pas revenu sur la doctrine de *Baudelocque*, concernant l'introduction de cet instrument au-dessus du détroit supérieur du bassin? Si je voulais sortir de mon sujet et faire des excursions sur les autres parties de la médecine, serais-je embarrassé de trouver des exemples qui prouvent que de tout temps on a osé attaquer des méthodes et des théories qu'on avait regardées comme sacrées et comme inviolables?

Et après tout, les objections des accoucheurs étrangers, contre l'application exclusive du forceps sur les côtés de la tête, sont-elles donc si faibles, si insignifiantes et si absurdes, qu'on ne doive pas seulement daigner s'en occuper? ou doit-on les repousser avec une inflexible opiniâtreté, par la raison qu'elles nous viennent du dehors? Notre orgueil naturel est-il blessé si nous donnons accès à une pensée exotique? Placé sur l'extrême frontière de la France, je partage, j'en conviens, la curiosité de mes compatriotes, à connaître les nouvelles idées et les découvertes utiles qui germent dans un pays qui n'est séparé de nous que par un fleuve; pays dont les institutions littéraires sont dans l'état le plus florissant, et où les sciences et les arts sont cultivés avec une incroyable activité. J'avoue, de plus, que sans méconnaître le haut mérite des hommes supérieurs qui honorent le plus ma patrie, je ne porte pas moins un respect profond aux savans étrangers qui ont enrichi l'art du fruit de leurs méditations. Et quel accoucheur, tant soit peu versé dans l'histoire de la science, méconnaîtra les services que lui ont rendus les travaux de *Stein*, de *Saxtorph*, d'*Osiander* et de *Weidmann*?

Quant à moi, je confesse que les idées avancées par de tels hommes me paraissent toujours dignes d'être connues et appréciées. Un autre motif me porte encore à connaître ce qui se passe chez l'étranger. Chargé de l'administration médicale d'un établissement de maternité, j'ai cru devoir profiter de cette occasion pour essayer dans l'hospice les nouveaux remèdes et les nouvelles méthodes qui ont successivement été recommandés, toutes les fois que leur emploi ne répugne pas à la raison et au sens commun. C'est ainsi que j'ai fait usage du borate de soude dans la vue de ranimer les douleurs languissantes pendant le travail de l'enfantement, que j'ai vérifié la doctrine de *Zeller* et de *Boër*, sur les accouchemens par la face, que j'ai suivi la méthode de *Saxtorph*, de *Stein* et de *Weidmann*, pour les accouchemens par le forceps, etc., etc. Cette marche que je suis décidé à suivre, tant que je conserverai la place à laquelle la confiance de l'Administration des Hospices m'a appelé, me détermine à offrir incessamment au public dans des *Annales de Clinique* tout ce que mon expérience m'aura appris de curieux sur les accouchemens, les maladies des femmes et des enfans.

Voilà ce que j'ai à répondre à la partie principale de la critique de M. *Duchâteau;* et s'il m'est permis de porter à mon tour un jugement sur cette critique, je ne puis m'empêcher de déclarer que son auteur ne me paraît pas avoir employé le ton qu'il lui aurait convenu de prendre. Il a touché précisément des questions sur lesquelles les accoucheurs ne sont pas d'accord, et alors une Ecole ne peut pas s'arroger une suprématie sur une autre, sur-tout quand des deux

côtés on voit figurer des hommes d'un égal mérite. Or, les reproches qu'on m'adresse retombent sur ceux dont j'ai exposé la doctrine et dont j'ai adopté les principes; tout le tort qu'on peut m'imputer, est d'avoir embrassé un faux système. Mais cette erreur de ma part, il aurait fallu la prouver; et quant aux objections, il aurait fallu les motiver. En effet, lorsqu'on croit qu'une doctrine est radicalement pernicieuse, elle doit encore être combattue par des raisons, jamais par des autorités. Ce n'est pas en les taxant d'ignorance, en leur reprochant de mauvais principes, de méthodes vicieuses qu'on parvient à éclairer ceux que l'on suppose marcher dans une mauvaise route. Ce ton tranchant qui convient à peine aux grands maîtres, et auxquels l'opinion publique a unanimement déféré le sceptre de l'art, est déplacé dans ceux qui n'ont pas les données nécessaires pour asseoir un jugement. Un lecteur impartial et judicieux ne s'en laissera pas imposer par de vagues exclamations, *par l'appel aux accoucheurs instruits, par l'autorité des siècles, par l'invocation des vrais principes de l'art*, etc.; il craindra toujours que ces moyens oratoires si usés ne cachent quelque vide réel et un dénûment absolu de preuves. Ce n'est pas tout dans une critique, je le répète, que d'indiquer les infractions des règles établies par une Ecole, il faut, avant de condamner, s'assurer si ces mêmes règles sont universellement adoptées, si elles reposent sur des bases solides et inébranlables, ou si au contraire on leur a déja porté atteinte, et si les raisons qu'on leur a opposées sont dignes d'être examinées, etc. Alors la discussion acquiert un plus haut

intérêt, une tendance plus relevée et plus appropriée à la dignité du sujet. Mais ce n'est qu'alors aussi qu'on est fondé à soutenir que la critique a aussi ses difficultés, sur-tout quand on veut s'en acquitter avec honneur, et qu'on est jaloux de s'attirer les sentimens d'égards et de considération que l'étendue des connaissances et la solidité de jugement ne manquent jamais d'inspirer.

Jusqu'actuellement j'ai discuté des points de doctrine pour lesquels il a fallu être un peu long : je promets d'être d'autant plus court pour les objections qu'il me reste encore à traiter, parce qu'elles se rapportent plus directement à des fautes qui me sont personnelles et qu'on ne saurait attribuer par conséquent aux célèbres accoucheurs qui ont pu m'induire en erreur.

A l'occasion des effets d'une irritation mécanique sur la matrice et son col, j'ai été très-surpris de me voir imputer une doctrine à laquelle je n'ai jamais pensé. En lisant l'article dans mon mémoire, il est impossible de ne pas s'apercevoir que je ne signale ces effets que comme des *phénomènes physiologiques*, et que je n'en déduis nullement un précepte de pratique. Je dis plus, loin que les introductions fréquentes de la main dans le vagin, finissent par enflammer le canal, et que cette inflammation développe en lui des propriétés vitales telles que la contractilité, et qu'il ne possédait pas auparavant; mais ne je ne dis nulle part qu'il faille se livrer exprès à ces tentatives pour rendre le vagin contractile et pour accélérer l'expulsion de la tête du fœtus. Jadis on irritait l'intestin rectum par des injections stimulantes

dans la vue d'activer le travail de l'enfantement; mais jamais aucun accoucheur n'a même rêvé d'enflammer le vagin. A quoi bon alors disserter longuement pour combattre une opinion qu'à ma connaissance personne n'a soutenue ni ne soutient.

En parlant d'une hémorrhagie devenue mortelle malgré l'emploi du tamponnement, on me fait le reproche de ne pas avoir fait usage des astringens appliqués à l'extérieur; mais en lisant mon observation, on verra que la matrice *était contractée*, au point que même après la mort elle se présentait comme un globe dur et arrondi et qui ne permettait pas même l'introduction d'un seul doigt dans sa cavité. Dès-lors, j'ai supposé que l'hémorrhagie provenait des lèvres du col, et que ne pouvant être arrêtée par le tampon, quoiqu'il portât immédiatement sur cette partie de l'utérus, il fallait admettre dans ce col un état de paralysie et qui n'était nullement propre à favoriser l'action de ce moyen mécanique. Il m'est impossible de concevoir comment M. *Duchâteau* a pu confondre cet état avec celui d'*inertie* du corps de la matrice qui était absolument contractée comme je l'ai dit. N'aurait-il donc jamais entendu parler d'une paralysie du col de l'utérus? ou croit-il que les connaissances physiologiques et pathologiques soient inutiles à l'accoucheur? Ft, pour citer de suite un exemple, pense-t-il que le traitement interne des hémorrhagies utérines ne doive pas être basé sur l'état des forces vitales?

En rendant compte de la perte qu'a éprouvée la femme *Robinet*, le critique a entièrement défiguré

l'observation jusqu'à altérer le texte dans la copie d'un passage. Ce qui rend cette observation curieuse, et ce qui augmentait mon embarras, ce fut la contraction opiniâtre de *la moitié inférieure de l'utérus* et non de l'orifice de ce viscère seulement, comme on me le fait dire. Les bases du fait ayant été arbitrairement changées, les corollaires ne sont plus les mêmes et la discussion est impossible.

Fidèle à la théorie dans laquelle il a été élevé, M. *Duchâteau* croit trouver la cause des difficultés qu'on éprouve quelquefois dans les accouchemens par le forceps, dans l'inobservance des règles concernant l'application de cet instrument sur les côtés de la tête, et explique ainsi l'évènement fâcheux qui m'arriva dans une de mes observations dans laquelle le périnée se rompit jusques vers l'anus. Si M. *Duchâteau* a l'occasion de voir des accouchemens très-laborieux, il apprendra que les mêmes difficultés se rencontrent quelquefois lors même qu'on a reconnu la position diagonale de la tête, et qu'on s'est conduit en conséquence. Je ne vois dans mes observations qu'un de ces cas, où le détroit supérieur était resserré, tandis que l'inférieur était plus ample. On sait que ces deux détroits sont ordinairement dans un rapport inverse dans les bassins irréguliers.

Quant à l'imputation d'avoir saisi avec le forceps le col de la matrice aminci et appliqué sur la tête du fœtus, je ne crois pas devoir la relever.

De l'Imprimerie de MIGNERET, Imprimeur du Journal de Médecine, rue du Dragon, F. S. G., N.° 20.



